



**Andrei Mihai Manoliu Tradução Comentada—Fatores de Risco Três Meses
Após a UCI**



**Andrei Mihai Manoliu Tradução Comentada—Fatores de Risco Três Meses
Após a UCI**

Projeto de tradução apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Tradução Especializada, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Teresa Murcho Alegre, Professora Auxiliar do Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro

o júri

Presidente

Prof. Doutora Maria Eugénia Tavares Pereira
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Vogais

Prof. Doutora Rita Maria Pinho Ferreira
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro (arguente)

Prof. Doutora Maria Teresa Murcho Alegre
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (orientadora)

agradecimentos

Agradeço à Mestre Maria Elena Dias Ortiz pelo apoio e ajuda.

Agradeço à Doutora Maria Teresa Murcho Alegre, orientadora do projeto, por toda a ajuda, conselhos e orientação.

Agradeço ao Doutor Miguel Gouveia de Brito pelo esclarecimento de dúvidas e validação do glossário.

palavras-chave

Linguagem de especialidade, Tradução especializada, Problemas de Tradução, Medicina, Unidade de Cuidados Intensivos, Transtornos Mentais, Glossário.

resumo

O trabalho consiste na tradução e no relatório da tradução de um artigo científico da área da medicina, relativo aos efeitos secundários ocorridos três meses depois do tratamento na Unidade de Cuidados Intensivos. Pretende-se identificar e comentar os principais problemas de tradução. A criação de um glossário com a terminologia específica encontrada no texto de partida foi de suma importância para ultrapassar e resolver os problemas terminológicos.

keywords

Specialized language, Specialized Translation, Translation problems, Medicine, Intensive Care Unit, Mental Disorder, Glossary.

abstract

The work consists in the translation and translation report of a scientific research on the secondary effects that occurred three months after the treatment in the Intensive Care Unit. The objective is to identify and overcome the main translation problems.

The creation of a glossary containing the specific terminology found in the source text was of great importance, helping to overcome and solve the terminology problems.

Índice

Índice.....	1
Índice de Anexos	3
1. Introdução.....	5
2. Apresentação do jornal <i>Critical Care “The online intensive care journal”</i>	6
2.1. Apresentação do artigo Investigating Risk Factors of Psychological Morbidity Three Months After Intensive Care: a Prospective Cohort Study.....	6
3. Metodologia da tradução.....	8
3.1. Pré-análise textual com base no modelo de Katharina Reiss	8
3.2. Análise textual com base no modelo de Christiane Nord	9
4. Escolha da metodologia de tradução.....	17
5. Língua de especialidade	18
6. Apresentação do Glossário	20
7. Dificuldades encontradas e respectivas soluções.....	21
7.1. Construção do glossário	21
7.2. Apresentação das dificuldades e soluções encontradas.....	22
8. Conclusão	40
9. Referências Bibliográficas	41
10. Anexos.....	43

Índice

Artigo original e a sua tradução	47
A Referências bibliográficas do artigo	87
Anexos do artigo e a sua tradução	95
Glossário de termos: Medicina	141
Glossário de termos: Estatística	145

1. Introdução

A realização deste projeto enquadra-se no curso de Mestrado em Tradução Especializada, organizado pelo Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro. O Mestrado pretende desenvolver competências em Tradução, na área da Saúde e das Ciências da Vida. Sendo assim, o texto escolhido foi selecionado do conjunto de artigos publicados pelo jornal digital *Critical Care*, cujas publicações são artigos científicos escritos por profissionais da Saúde. Os motivos que contribuíram para a seleção deste tema têm a ver principalmente com o gosto desenvolvido por textos desta área, durante o último ano do Mestrado, na disciplina Fundamentos em Ciências para Tradução Especializada II (Ciências Biomédicas).

O artigo em questão tem como título *Investigating Risk Factors for Psychological Morbidity Three Months After Intensive Care: a Prospective Cohort Study* e contém uma linguagem e temática específicas da área. Será apresentada a tradução deste artigo, do Inglês para o Português, acompanhada de um glossário construído com base na terminologia especializada encontrada no texto e os comentários realizados sobre a resolução das dificuldades de tradução.

A primeira análise do texto de partida foi realizada de acordo com o método sugerido por Katharina Reiss, em *Translation Criticism – the Potentials and Limitations. Categories and Criteria for Translation Quality Assessment* (2000), para a escolha de um método de tradução adequado à sua tipologia. De seguida, foi efetuada uma segunda análise do texto, de acordo com o método proposto por Christiane Nord, em *A Model for Translation-Oriented Text Analysis: Factors of Source-Text Analysis* (1988/2005), com o intuito de confirmar as informações obtidas na primeira análise e aprofundar os conhecimentos relativos ao texto original.

Os principais objetivos deste trabalho foram identificar e ultrapassar as principais dificuldades de tradução e adquirir novos conhecimentos numa linguagem específica e especializada.

2. Apresentação do jornal *Critical Care* “The online intensive care journal”

Critical Care é um jornal médico reconhecido internacionalmente, que publica comentários, críticas e investigações em todas as áreas de Cuidados Intensivos e Medicina de Emergência. Todos os artigos de investigação publicados pelo *Critical Care* são de livre acesso e estão permanentemente acessíveis *online*, imediatamente após a sua publicação. O jornal tem como objetivo melhorar o atendimento de pacientes em estado crítico (por meio da aquisição, apresentação, distribuição e promoção de informações baseadas em estudos relevantes), assim como fornecer uma visão abrangente do campo dos Cuidados Intensivos. Esta publicação conta com o apoio do *International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine*¹ (ISICEM).²

2.1. Apresentação do artigo *Investigating Risk Factors of Psychological Morbidity Three Months After Intensive Care: a Prospective Cohort Study*

O texto traduzido é um artigo científico na área dos cuidados intensivos, publicado pelo *Critical Care*, no ano 2012, que apresenta resultados sucintos de um estudo realizado com o objetivo de identificar os fatores de risco para a morbidade psicológica três meses após os cuidados intensivos.

Os motivos que levaram ao desenvolvimento desta pesquisa foram o facto de existirem cada vez mais evidências de má saúde mental e de má qualidade de vida entre os sobreviventes dos cuidados intensivos e o facto de ainda não se ter a certeza de, até que ponto, o trauma de uma doença que põe em risco a vida, os medicamentos e tratamentos associados, ou as reações psicológicas dos doentes durante os cuidados intensivos podem contribuir para resultados psicossociais pouco satisfatórios.

A investigação consistiu num estudo de coorte prospetivo efetuado em 157 pacientes com diagnósticos mistos numa unidade de cuidados intensivos. Durante a investigação foram reunidos os dados sobre quatro grupos de fatores de risco (clínicos, psicológico agudos, sociodemográficos e de saúde crónica). Também foi avaliado o Transtorno de Stress Pós-

¹ O ISICEM é organizado pelo departamento de Emergência dos Cuidados Intensivos do Hospital da Universidade de Erasme, Université Libre de Bruxelles em associação com a Belgian Society of Intensive Care and Emergency Medicine (SIZ). Desde 1980 estabeleceram uma das maiores reuniões do seu ramo, que atraiu mais de 5630 participantes de todo o mundo. Para mais informações ver: <http://www.intensive.org/>.

² Informação disponível no campo “About this jornal”, da página Web do jornal *Critical Care* <http://ccforum.com/about>.

Traumático (TEPT), a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida através de questionários validados em três meses (n = 100) e, por fim, utilizou-se uma análise multivariada.

Os resultados do estudo demonstram que no acompanhamento, “55% dos pacientes tiveram morbidade psicológica: 27,1% (95% CI: 18,3%, 35,9%) tiveram TEPT provável; 46,3% (95% CI: 36,5%, 56,1%), depressão provável, e 44,4% (95% CI: 34,6%, 54,2%), ansiedade. O fator clínico de risco mais forte para o TEPT foi a longa duração da sedação (coeficiente de regressão = 0,69 pontos (95% CI: 0,12, 1,27) por dia, escala = de 0 a 51). Também se constatou que houve uma forte associação entre a depressão a três meses e a utilização de benzodiazepina na UCI (a média de diferença entre os grupos = 6,73 pontos (95% CI: 1,42, 12,06), escala = de 0 a 60). O uso de inotrópicos ou vasopressores foi correlacionado com a ansiedade, e os corticosteroides com uma melhor qualidade de vida física. Os efeitos desses fatores de risco clínicos nos resultados foram mediados (parcialmente explicados) por reações psicológicas agudas na UCI.”

Finalmente, entre outras, a descoberta chave do estudo foi que as reações psicológicas agudas na UCI foram os fatores de risco modificáveis mais fortes para o desenvolvimento de doenças mentais no futuro.

3. Metodologia da tradução

Nothing is more difficult than to enter into the thought processes of another person and be able to rebuild his whole perspective in all its particularity ... And yet it is only when one can reconstruct the framework and how it operates in all its parts that one can claim to understand a work and its spirit. Formulating this general understanding in explicit terms is called characterizing, and this constitutes the task and essence of criticism.

(Friedrich Schlegel, 1804 *apud* Reiss, 2000:9).

3.1. Pré-análise textual com base no modelo de Katharina Reiss

Independentemente do tipo de texto a traduzir, seja este literário, técnico, científico, etc. a escolha da metodologia de tradução adequada é fundamental. Neste contexto, Reiss afirma “the type of text is the primary factor influencing the translator’s choice of a proper translation method” (2000: 17) e classifica os textos como informativos (que enfatizam o conteúdo), expressivos (que enfatizam a forma estética) e operativos (que enfatizam o efeito persuasivo). Para cada tipo de texto, a autora sugere o método de tradução que melhor se adequa às suas características, como podemos ver na tabela 1.

<i>Text type</i>	<i>Informative</i>	<i>Expressive</i>	<i>Operative</i>
<i>Language function</i>	Informative (representing objects and facts)	Expressive (expressing sender’s attitude)	Appellative (making an appeal to text receiver)
<i>Language dimension</i>	Logical	Aesthetic	Dialogic
<i>Text focus</i>	Content-focused	Transmit aesthetic form	Appellative- focused
<i>TT should</i>	Transmit referential content	Transmit aesthetic form	Elicit desired response
<i>Translation method</i>	“Plain prose” explication as required	“Identifying” method, adopt perspective of ST author	“Adaptive”, equivalent effect

Tabela 1: Esquema de classificação de textos em função da linguagem (cf. Reiss, *apud* Munday 2001:74)

Tomando em atenção o modelo apresentado pela autora, procedi à análise o artigo, para definir o tipo de texto e, assim, determinar qual seria o método de tradução mais adequado. O texto *Investigating Risk Factors for Psychological Morbidity Three Months after Intensive Care: a Prospective Cohort Study* apresenta uma abundância de terminologia específica tanto na área da Saúde (exemplo: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*; *ECGGCS (Glasgow Coma Scale)*), como na área da estatística (exemplo: posição socioeconómica, P-value), que enfatiza as suas características científicas e informativas e que demonstra a linguagem de especialidade aqui utilizada. Portanto, de acordo com a tabela, a tipologia de tradução mais adequada ao texto é a prosa simples, com explicitação conforme necessário.

3.2. Análise textual com base no modelo de Christiane Nord

A seguir, pareceu pertinente fazer uma análise mais pormenorizada do texto, para perceber o seu funcionamento e a sua relação com os possíveis recetores e poder não só fazer a escolha do método de tradução mais adequado à sua tipologia, mas também fazer uma boa aplicação do mesmo. Para isto, utilizei as perguntas que considere mais pertinentes e adequadas, ao texto de partida, do método apresentado por Christiane Nord, em *A Model for Translation-Oriented Text Analysis: Factors of Source-Text Analysis* (Christiane Nord, 1988/2005), que consiste numa análise textual tendo em conta os fatores intratextuais e os fatores extratextuais. Assim, a segunda análise textual complementar a primeira, permitindo-me conhecer o texto de forma aprofundada.

Em primeiro lugar, Nord considera os fatores extratextuais, que são os fatores externos ao texto que podem modificar a forma em que é interpretado ou, até, adaptado, dependendo do contexto em que seja inserido. As perguntas que a autora sugere para determinar estes fatores são divididas em quatro categorias, a primeira dedicada aos emissores do texto, a segunda aos recetores, a terceira ao momento em que foi transmitida a informação e a quarta aos objetivos do texto, como poderemos ver a seguir.

As informações relativas aos emissores do texto ajudam-nos a perceber o contexto em que foi criado e publicado.

Extratextual factors

Sender

- Who is the sender of the text?
- Is the sender identical with the text producer? If not, who is the text producer and what is his/her position with regard to the sender? Is s/he an expert in the text production or an expert on the subject?
- What information about the sender (e.g. age, geographical and social origin, education, status, relationship to the subject matter, etc.) can be obtained from the text environment? Can the sender or any person related to him or her be asked for more detail?
- What clues as to the characteristics of the sender can be inferred from other situational factors (medium, place, time, motive, function)?
- What conclusions can be drawn from the data and clues obtained about the sender with regard to
 - a) other extratextual dimensions (intention, receiver, medium, place, time, occasion, function) and
 - b) the intratextual features?

(Nord, 2005: 52)

O emissor do artigo traduzido é o jornal especializado na área de cuidados intensivos, *Critical Care*. Os autores, como se pode constatar a partir da segunda página do texto de partida, onde se encontram os seus nomes, contactos e locais de trabalho, são um conjunto de especialistas na área de saúde do Reino Unido.

De acordo com Nord, “the intention is defined from the viewpoint of the sender, who wants to achieve a certain purpose with the text” (2005: 53). Neste caso, o motivo de publicação foi o facto de haver cada vez mais provas de má saúde mental e qualidade de vida entre os sobreviventes de cuidados intensivos, e o objetivo foi o de investigar as contribuições relativas de um conjunto mais amplo de fatores de risco e os resultados que tinham sido previamente considerados num único estudo. No entanto, a autora também afirma o seguinte:

But the best of intentions does not guarantee that the result conforms to the intended purpose. It is the receiver who “completes” the communicative action by receiving (i.e. using) the text in a certain function which is the result of the configuration or constellation of all the situational factors (including the intention of the sender and the receiver’s own expectations based on his/her knowledge of the situation).

(Nord, 2005: 53)

Tal como a autora afirma, apesar do autor e o emissor do texto terem as melhores intenções de transmitir certa ideia de uma maneira clara e precisa com um certo propósito, é o recetor do texto que tem a palavra final, que interpreta o texto com base no seu conhecimento e o usa conforme deseja. Um especialista na área de Saúde poderá entender melhor o texto do que uma pessoa que estuda Tradução sem ter que fazer uma análise textual, levantar as dúvidas e esclarecer os termos desconhecidos. O mesmo especialista poderá utilizar a pesquisa para ajudar e explicar aos seus pacientes os riscos do tratamento que recebem nos cuidados intensivos, aproximando-se mais ao motivo da pesquisa dos autores do texto, enquanto um tradutor poderá utilizar o texto como uma simples tradução para um projeto final.

O grau de complexidade da linguagem de especialidade que podemos encontrar neste texto faz com que o público-alvo seja mais restrito, sendo composto principalmente por investigadores, médicos, enfermeiros ou estudantes de áreas relacionada com a Saúde, sendo que cada um destes irá interpretar e processar a informação de uma maneira diferente, de acordo com os seus conhecimentos, experiências e interesses. Por exemplo: um estudante de Medicina poderá ter mais interesse na teoria aplicada no estudo, enquanto um médico com vários anos de experiência poderá mostrar mais interesse nos casos e nos medicamentos utilizados. Por outro lado, um recetor sem um certo grau de conhecimento especializado não poderá aproveitar esta investigação para precaver alguns problemas futuros, como os ocasionados pela sedação, que poderiam ser prevenidos se os familiares do paciente falassem com o médico ou assistente sobre essa possibilidade.

The intention of the sender is of particular importance to the translator because it determines the structuring of the text with regard to content (subject matter, choice of informative details) and form (e.g. composition, stylistic-rhetorical characteristics, quotations, use of non verbal elements etc.).

(Nord, 2005: 53s.)

A seguir às perguntas relativas ao emissor do texto, o modelo de Nord foca a análise textual nas informações relativas ao público a quem o mesmo é dirigido.

Audience

- What information about the addressed audience can be inferred from the text environment?
- What clues to the ST addressee's expectations, background knowledge etc. can be inferred from other situational factors (medium, place, time, motive, and function)?
- Is there any information about the reactions of the ST receiver(s) which may influence translation strategies?

(Nord, 2005: 62)

No que respeita ao público, Nord afirma que, na maior parte das abordagens de análises textuais relevantes para uma tradução, o destinatário do texto é um dos fatores de maior importância, podendo chegar a ser o mais importante (cf. 2005: 57). Apesar de *Critical Care* ser um jornal de livre acesso, o grau de complexidade da linguagem de especialidade que podemos encontrar nos textos por ele publicado faz com que o seu público-alvo seja mais restrito, estando dirigido especialmente a investigadores, médicos, enfermeiros ou estudantes de áreas relacionada com a Saúde.

A complexidade linguística do texto traduzido, a vasta terminologia e o estilo específico fazem salientar a sua natureza científico-informativa e o grau de conhecimento necessário para o entender. Por isso, para um melhor entendimento é necessária uma pesquisa mais aprofundada. Sendo uma investigação recente, mesmo os especialistas da área, apesar de não terem problemas com a terminologia, poderão sentir a necessidade de investigar algum método para descobrir o porquê das escolhas feitas ao longo do estudo.

Também é importante termos em consideração que

every TT receiver will be different from the ST receiver in at least one respect: they are members of another cultural and linguistic community. Therefore, a translation can never be addressed to the “the same” receiver as the original.

(Nord, 2005:58)

Um bom exemplo desta afirmação é o facto de haver terminologia específica do Reino Unido, como o *National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC)* que é um modelo de análise nacional típico do Reino Unido. Na minha pesquisa do termo não encontrei um equivalente na LC (língua de chegada) para a tradução deste termo, apesar de o mesmo poder ser perfeitamente traduzido (Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais NS-SEC), nem a classificação em si para Portugal. Com o intuito de eliminar quaisquer dúvidas que pudessem surgir, decidi utilizar a sigla original (NS-SEC), já que iria facilitar a localização do termo em outras línguas.

O terceiro ponto dos fatores extratextuais considerados por Nord aponta para a importância do momento em que o texto foi criado, publicado e/ou transmitido, já que estas informações fazem parte do contexto em que o texto é inserido e podem ajudar-nos a entender melhor a pertinência das escolhas feitas pelos autores.

Time of Communication

- When was the text written/published/transmitted? Does the text environment yield any information on the dimension of time? Is any information on the dimension of time presupposed to be part of the addressee's general background knowledge?
- What clues to the dimension of time can be inferred from other situational factors (sender, medium, receiver, motive, and text function)?
- What fundamental problems arise from a possible time lag between ST and TT situation?

(Nord 2005: 74)

O texto foi recebido pelo jornal *Critical Care* em 14 de fevereiro de 2012, revisto em 12 de abril 2012, aceite em 18 de julho de 2012 e publicado em 15 de outubro de 2012. De acordo com as informações apresentadas na página web do jornal, todos os artigos publicados pelo jornal passam pelos processos de revisão por pares para validar o conteúdo científico dos artigos e de revisão textual, antes de serem publicados, com o objetivo de garantir a sua qualidade. Estes processos fazem com o que os conteúdos publicados pelo jornal possam ser considerados fiáveis e possam ser tomados como referência. Devido à natureza académica deste trabalho de tradução, o facto de haver uma diferença de um ano entre a publicação do TP (texto de partida) e o TC (texto de chegada) não traz nenhuma consequência negativa, principalmente por não haver outra tradução do mesmo texto na Língua Portuguesa. Contudo, se fosse num mercado de trabalho competitivo, a diferença de um ano poderia trazer várias consequências negativas, tanto para o tradutor como para o cliente e para o emissor:

- Para o cliente: o que foi considerado como único, poderá já não ser; outros estudos na mesma área que utilizaram esta mesma investigação como base poderão ter encontrado soluções melhores;
- Para o emissor (*Critical Care*): se a publicação do artigo fosse adiada por mais do que um ano, poderia dar a impressão de descuido aos seus leitores, o que traria consequências a nível de reputação e poderia levar a uma diminuição de clientes. Por outro lado, com o passar do tempo, a investigação começa a tornar-se obsoleta;
- Para o tradutor: se o tradutor fosse a razão do atraso, provavelmente iria perder o cliente por não cumprir com os prazos acordados. No entanto, não é o caso.

Para concluir a análise dos fatores extratextuais, Nord levanta questões relacionadas com a finalidade do texto. Estas questões pretendem ajudar-nos a perceber quais os objetivos perseguidos pelos autores.

Text Function

- What is the text function intended by the sender? Are there any hints as to the intended function in the text environment, such as text-type designations?

(Nord, 2005: 82s.)

De acordo com Christiane Nord, “text function is a crucial factor in most approaches to translation-oriented text analysis” (2005: 78). Como mencionado anteriormente, com base na análise da Tabela 1 e as características específicas do texto (como por exemplo a linguagem e terminologia específica), categorizei o texto *Investigating Risk Factors for Psychological Morbidity Three Months after Intensive Care: a Prospective Cohort Study* como sendo científico-informativo.

A segunda parte da análise textual sugerida pelo modelo de Nord é focada nos fatores intratextuais do texto. Estes fatores são o conjunto de características ligadas diretamente ao tema e ao conteúdo do texto. Para completar a análise, selecionei algumas das perguntas apontadas pela autora sobre estes fatores.

A forma em que o tema é tratado no texto é muito importante, já que nos permite obter informações relevantes, se se trata de um texto homogêneo ou heterogêneo, a organização hierárquica, entre outras.

Intratextual Factors

Subject matter

- Is the source text a thematically coherent single text or a text combination?
- What is the subject matter of the text (or of each component of the combination)? Is there a hierarchy of compatible subjects?
- Does the subject matter elicited by internal analysis correspond to the expectation built up by external analysis?

(Nord, 2005: 98)

De acordo com Nord, “the aspect of subject matter is of fundamental importance in all approaches to translation-oriented text analysis, although this not always referred to under this heading.” (Nord 2005: 94). O artigo traduzido é um único texto tematicamente coerente; ou seja, ao longo do texto predomina um único tema, que é a investigação dos fatores de risco três meses após os cuidados intensivos. Ainda sobre esse assunto, a autora declara que

when the subject matter has been analyzed, the function of the title can be dealt with. Where titles or headings indicate the subject matter of the text, as in our culture is usually, or very often, the case in scientific texts (cf. Graustein & Thiele 1981: 10), they can often be translated literally in accordance with syntactic conventions (cf. Nord 1990b and 2001d)

(Nord, 2005: 94).

Dando atenção a estas afirmações, confirmei que o texto era, de facto, científico e decidi fazer uma tradução literal do título. Portanto, o título ficou traduzido como: *Investigação dos Fatores de Risco para a Morbilidade Psicológica Três Meses Após os Cuidados Intensivos: Um Estudo de Coorte Prospetivo*.

O segundo fator a analisar foi o conteúdo do texto e a forma em que o mesmo estava organizado. A análise deste fator permitiu-me obter algumas informações relativas à coerência e coesão do texto. No modelo de Nord,

by “content” we usually mean reference of the text to objects and phenomena in an extralinguistic reality, which could as easily be a fictitious world as the real world. This reference is expressed mainly by the semantic information contained in the lexical and grammatical structures (e.g. words and phrases, sentence patterns, tense, mood etc.) used in the text. These structures complement each other, reduce each other’s ambiguity, and together form a coherent text.

(Nord, 2005: 99).

Tendo esta informação em conta, dei resposta às perguntas propostas pela autora.

Content

- How are the extratextual factors verbalized in the text?
- Are there any gaps of cohesion and/or coherence in the text? Can they be filled without using additional information or material?

(Nord, 2005: 104s.)

Depois da análise textual com base na Tabela 1 e no ponto *subject matter* constatou-se que o texto é coerente, uma vez que tem um tema predominante. O texto é de carácter científico-informativo devido às suas características específicas (ênfata o conteúdo, tem linguagem e terminologia específicas, etc.).

4. Escolha da metodologia de tradução

Devido à natureza científico-informativa do texto e tendo em conta as suas características e os dados obtidos na pré-análise e na análise textual do artigo, a tipologia de tradução mais adequada ao texto *Investigating Risk Factors for Psychological Morbidity Three Months after Intensive Care: a Prospective Cohort Study* é a tradução velada (*covert translation*). Juliane House (2006), no artigo *Covert Translation, Language Contact, Variation and Change*, define a tradução velada ou *covert translation* como aquela em que “the translator creates an equivalent speech event, i.e., she reproduces the function the original has within its cultural and linguistic context” (2006: 29). Ou seja, o tradutor cria um novo texto com base no original, procurando produzir um segundo original, cujas diferenças face ao primeiro se resumam apenas a questões linguísticas.

5. Língua de especialidade

La expresión lenguajes de especialidad no es en absoluto clara. Por un lado, la expresión en sí puede recibir distintas interpretaciones. Por otro lado, además de la denominación lenguajes de especialidad se usan otras expresiones alternativas, en singular y en plural, más o menos cercanas, aunque no indiscutiblemente sinónimas: lenguajes especializados, lenguas especializadas, lenguas de especialidad, lenguas para propósitos (o fines) específicos, lenguajes para propósitos (o fines) específicos.

(Cabré & Enterría, 2006:10)

Uma língua de especialidade pode ser considerada como uma das ramificações específicas de uma língua original que requer um certo conhecimento e pesquisa terminológica para a entender. Contudo, a linguagem especializada tem tendência de ser percebida como pertencente a diferentes áreas como, por exemplo, Medicina, Biologia, Física, Estatística, etc., cada uma com a sua própria temática e terminologia. Teresa Cabré, no seu livro *Terminology: Theory, methods and applications*, compara as linguagens especializadas com um conjunto de sub-códigos que podem caracterizar-se de acordo com a matéria, os interlocutores, a situação, as intenções dos falantes e o contexto em que é realizado o intercâmbio (cf. Cabré, 1999: 59). A linguagem especializada é utilizada com a intenção de manter um discurso objetivo, livre de ambiguidades e que transmita as informações precisas da forma mais exata, para evitar a perda de informação no processo de tradução.

A linguagem especializada conserva as mesmas características linguísticas da linguagem comum, no entanto, apresenta vocábulos pertencentes a uma área específica e utilizados por um grupo restrito, que alertam o leitor para a necessidade de ter conhecimentos específicos para conseguir perceber o texto (cf. Velho, 2010: 4). Dado que os conhecimentos comuns da língua não são suficientes para podermos perceber e comunicar na língua de especialidade, a presença de termos específicos poderá dificultar a tarefa do tradutor, que deverá procurar apoio em textos paralelos na língua de chegada para ultrapassar os obstáculos que possam surgir. É importante fazer uma avaliação prévia do texto que deverá ser traduzido e identificar as áreas de especialidade da linguagem utilizada, para poder procurar glossários ou textos paralelos com terminologia específica, com o objetivo de facilitar o processo de tradução.

No caso do texto apresentado, estamos perante uma situação em que podemos classificar a linguagem especializada como pertencendo aos campos da Medicina e da Estatística. As

características da linguagem empregada no texto também estão condicionadas pelas intenções dos seus interlocutores e pelo contexto (apresentação dos resultados clínicos e estatísticos obtidos na investigação). A linguagem especializada da área médica foi utilizada para referenciar métodos, medicamentos, procedimentos, instalações médicas, sintomas, condições e doenças, entre outros, enquanto a linguagem especializada da área da estatística foi empregada na apresentação de dados demográficos e resultados numéricos.

No artigo traduzido podemos notar uma mistura de linguagem de especialidade entre a área da Medicina e a da Estatística, como por exemplo:

- a) “No acompanhamento, 55% dos pacientes tiveram morbidade psicológica: 27,1% (95% CI: 18,3%, 35,9%) tiveram TEPT provável; 46,3% (95% CI: 36,5%, 56,1%), depressão provável, e 44,4% (95% CI: 34,6%, 54,2%), ansiedade. O fator clínico de risco mais forte para o TEPT foi a longa duração da sedação (coeficiente de regressão = 0,69 pontos (95% CI: 0,12, 1,27) por dia, escala = de 0 a 51). Houve uma forte associação entre a depressão a três meses e a utilização de benzodiazepina na UCI (a média de diferença entre os grupos = 6,73 pontos (95% CI: 1,42, 12,06), escala = de 0 a 60).”
- b) “O uso de inotrópicos ou vasopressores foi correlacionado com a ansiedade, e os corticosteroides com uma melhor qualidade física de vida); ou Em revisões sistemáticas, a prevalência do ponto mediano do TEPT entre os sobreviventes de terapia intensiva foi de 22% [1], com 28% de prevalência de depressão [2]. As taxas de ansiedade após o tratamento intensivo podem variar entre 5% e 43% [3]. Numa meta-análise de qualidade de vida, a capacidade física foi de 20 pontos (de 0 a 100) e a saúde mental 10 pontos abaixo das normas do Reino Unido [3].”

Estes dois exemplos demonstram a complexidade temática do texto e salientam as características científico-informativas do mesmo.

6. Apresentação do Glossário

Após a análise do texto de partida (TP) e o levantamento de dúvidas, considerei pertinente construir um glossário com a terminologia específica existente, com o intuito de identificar e facilitar a compreensão dos termos, ao apresentar equivalentes adequados para a tradução. O glossário é organizado por ordem alfabética e tem as seguintes entradas:

- **Termo:**

Este campo apresenta o termo tal como se encontra no TP.

- **Tradução**

Este campo contém a proposta de tradução.

- **Endereço web**

Este campo tem uma hiperligação com um endereço web fidedigno com o objetivo de confirmar e justificar a escolha da tradução.³

Contexto EN

Este campo apresenta uma frase com o termo tal como se encontra no TP

- **Contexto PT**

Este campo apresenta uma frase que demonstre a utilização do termo em textos especializados paralelos, inseridos nas áreas de Medicina e Estatística.

A construção do glossário foi feita com base nos conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Tradução Especializada, organizado pelo Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro. Seguidamente, o glossário foi validado pelo Dr. Miguel Gouveia de Brito, Administrador do grupo CESPU Saúde S. G. P.S., e da Sabclinic.

O glossário é apresentado no capítulo seguinte, já que junta as dificuldades que fui encontrando ao fazer a tradução do artigo e descreve a forma em que as mesmas foram ultrapassadas.

³ Ver o capítulo “Dificuldades encontradas e respetivas soluções”, para uma descrição mais pormenorizada.

7. Dificuldades encontradas e respectivas soluções

Now that is translated and finished, everybody can read and criticize it. One now runs his eyes over three or four pages and does not stumble once – without realizing what boulders and clods had once lain there where he now goes along as over a smoothly-planed board. We had to sweat and toil there before we got those boulders and clods out of the way, so that one could go along so easily. The plowing goes well when the field is cleared.

Martin Luther *apud* Reiss (2000)

7.1. Construção do glossário

As dificuldades encontradas durante o processo de tradução do texto foram as relacionadas com os termos que foram incluídos no glossário.

Para construir o glossário foi necessário, em primeiro lugar, definir quais os termos que deviam constar nele. Para isto fiz uma primeira leitura do artigo e identifiquei os termos que poderiam dar alguma dificuldade em serem traduzidos devido à temática específica das suas áreas de especialidade, sendo estas a área da medicina e a da estatística.

A seguir, prossegui com a pesquisa dos termos que desconhecia na língua de partida com o objetivo de entendê-los melhor e conseguir criar uma proposta de tradução. Para isto utilizei em primeiro lugar o Google, motor de pesquisa, para encontrar textos paralelos fidedignos (associações oficiais, organizações, websites governamentais, etc.) como no caso do termo *Benzodiazepine*, para o qual utilizei a página da web *Mediline Plus*⁴, que é uma página da *U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health*, que por sua vez me levou a um texto da *OTIS Organization of Teratology Information Specialists*⁵ intitulado *Benzodiazepines and Pregnancy*⁶, onde encontrei a definição do termo na língua de partida. Depois de entender os termos na língua de partida tentei arranjar propostas de traduções para cada um, sendo umas mais óbvias do que outras (por exemplo: foi mais fácil de encontrar e confirmar o equivalente do termo *Benzodiazepine* em português que é “Benzodiazepina”, do que o termo *Dummy Variables* que se traduz por “variáveis indicadoras”. Contudo, apesar de ter consultado outros textos com

4Mediline Plus: <http://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus&query=Benzodiazepine&x=-1148&y=-194>

5 OTIS Organization of Teratology Information Specialists : <http://www.mothertobaby.org/>

6Benzodiazepines and Pregnancy: <http://www.mothertobaby.org/files/benzodiazepines.pdf>

os termos na língua de partida, o campo do glossário intitulado “Exemplo EN” contém apenas passagens do texto a ser traduzido e nenhum outro texto externo.

7.2. Apresentação das dificuldades e soluções encontradas

Após o levantamento de dúvidas (termos desconhecidos) e a elaboração do glossário considerei-me apto para começar a fase de tradução. Tendo em conta as características principais de uma tradução velada, foi necessário manter as características do TP no TC para criar um texto de chegada com a mesma complexidade do texto de partida, ou seja um texto que mantém uma temática especializada. De seguida, encontra-se uma lista com as dificuldades e comentários de tradução, para explicar como foram ultrapassadas.

Termo: Intensive Care Unit (ICU)

Proposta de tradução: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Contexto: “A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma área onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco para tal, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva”.

Hiperligação: <http://www.hpplusiadas.pt/pt/Cuidamos/Paginas/cuidadosIntensivos.aspx>

Comentário: O texto apresentado na hiperligação faz parte da secção informativa da página web do Hospital dos Lusíadas. Após uma pesquisa em textos paralelos do termo deparei-me com uma dúvida: será que a tradução mais adequada é “Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)” ou “Unidade de Terapia Intensiva (UTI)” ?

O principal motivo da dúvida foi pelo significado e função da UTI que, de facto, com base na informação do texto, enquadrava-se e poderia ser uma possível tradução. A primeira escolha poderia parecer-me melhor, uma vez que era praticamente uma tradução literal e encontrei vários textos paralelos que mostravam a utilização do termo por especialistas da área da Medicina. Para confirmar estas informações, decidi procurar outros textos paralelos; um deles foi de uma revista da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Revista de Enfermagem Referência⁷, onde foi utilizado o termo UTI como tradução para UCI. No entanto, verifiquei que tanto os autores deste texto como de outros, embora tivessem sido publicados por revistas e

⁷ Ver: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200013&script=sci_arttext

jornais portugueses, tinham sido redigidos por autores brasileiros. Finalmente cheguei à conclusão de que o termo correto a ser utilizado é UCI.

Termo: Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Proposta de tradução: Transtorno de stress pós-traumático

Contexto: “O transtorno de stress pós-traumático é uma síndrome associada aos transtornos de ansiedade, apesar de este ser apenas um entre muitos sintomas nesta doença. Só recentemente foi reconhecida pela maioria dos profissionais de saúde e não era, portanto, incluída nos diagnósticos dos clínicos.”

Hiperligação:

[http://www.infopedia.pt/\\$transtorno-de-stress-pos-traumatico](http://www.infopedia.pt/$transtorno-de-stress-pos-traumatico)

Comentário: O texto apresentado na hiperligação é uma entrada do dicionário médico da Infopédia. Este termo fez aparecer uma dúvida diferente, uma vez que tanto Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT) como Perturbações de Pós-Stress Traumático (PSPT) são termos corretos e utilizados.

Para um melhor entendimento, decidi procurar em textos paralelos, como por exemplo um artigo de revisão publicado na revista Acta Médica Portuguesa:

Hiperligação: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/4/347-354.pdf>

Uma vez que ambos os termos eram corretos escolhi utilizar como tradução o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)”, mas continuei a pesquisar com o objetivo de encontrar uma diferença que pudesse mudar a minha escolha. Após uma pesquisa mais geral (no Google, motor de pesquisa, em vez de escolher “páginas de Portugal” escolhi “páginas escritas em Português”) descobri que o TEPT é mais utilizado em Portugal, enquanto o PSPT é utilizado tanto em Portugal como no Brasil mas é mais específico do Brasil.

Outro problema encontrado foi a presença da letra “E” na sigla “TEPT”. Tendo em conta que a segunda letra da sigla correspondia à palavra “estresse” (em português brasileiro) e que, em português europeu, se escreve “stress” ou “stresse”, como podemos verificar nas hiperligações de Infopédia e da Acta Médica Portuguesa, respetivamente, a sigla evidente seria “TSPT” e não “TEPT”. No entanto, ao realizar uma pesquisa aprofundada, cheguei à conclusão de que a sigla correta e mais utilizada era “TEPT”, emprestada do português brasileiro, o que foi confirmado pelo especialista da área da Saúde que validou o glossário.

Termo: Benzodiazepine

Proposta de tradução: Benzodiazepina

Contexto: “As Benzodiazepinas (BZN), também designadas por tranquilizantes e ansiolíticos, são medicamentos depressores do SNC que actuam sobre a ansiedade e a tensão, e cujo principal efeito terapêutico é diminuir a ansiedade da pessoa sem afectar demasiadamente as funções psíquica e motora.”

Hiperligação:

<http://www.dianova.pt/centro-de-conhecimento/prevencao-de-comportamentos-de-risco/substancias-psicoactivas/107-benzodiazepinas>

Comentário: O texto apresentado na hiperligação é um texto informativo sobre substâncias psicoativas, disponível na secção de informações relativas à prevenção de comportamentos de risco da página web da Dianova. Apesar de parecer uma tradução simples, senti a necessidade de procurar e ver se, de facto, o termo “Benzodiazepine” tem como tradução o termo Benzodiazepina. Por isso, decidi procurar em vários endereços de web o significado do medicamento, em Inglês e em Português.

- a) **Drugs:** Texto informativo apresentado pela organização OTIS

<http://www.mohtertobaby.org/files/benzodiazepines.pdf>

Contexto: “Benzodiazepines are medications used to treat anxiety, sleeplessness, seizures, muscle spasms, and alcohol withdrawal. Valium (diazepam), Xanax (alprazolam), Klonopin (clonazepam), and Ativan (lorazepam) are a few examples of benzodiazepines, but there are many others.”

- b) **Ubithesis:** Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, apresentado na Universidade de Beira Interior

<https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1085/1/Tese%20Benzodiazepinas.pdf>

Contexto: “As benzodiazepinas (BZDs) são agentes sedativos-hipnóticos que foram, pela primeira vez, introduzidos em Portugal em 1960. Foram consideradas como tranquilizantes eficazes que originam menos efeitos adversos em contraste com os barbitúricos e fármacos relacionados, tendo substituído rapidamente estes últimos como hipnóticos e sedativos.”

Depois desta pesquisa confirmei que a tradução era adequada.

Termo: Inotropes

Proposta de tradução: Inotrópicos

Contexto: “Condiciona melhoria clínica nos doentes com insuficiência cardíaca congestiva, não diminuindo a mortalidade, mas também não a agravando, como acontece com outro grupo de inotrópicos: os inibidores específicos da fosfodiesterase (milrinona).”

Hiperligação: <http://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?pauid=59>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um formulário publicado pela Infarmed, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Uma vez que desconhecia o termo decidi, em primeiro lugar, fazer uma pesquisa em Inglês para entender o significado deste termo. O que encontrei foi “Inotropes are powerful drugs that are used in Intensive Care to regulate a patient’s heart rate, blood pressure and the force of contraction of the heart. They do this by working on specific receptors throughout the body” (Liverpool Health Service Intensive Care Unit)⁸. Para o termo em PT, apesar da pesquisa da hiperligação, procurei na página web do Infarmed e encontrei uma informação similar “uma nova classe de inotrópicos, representada pelo *levosimendano*, está sob avaliação e é de exclusiva utilização em meio hospitalar; tem uma indicação restrita: a descompensação aguda em portadores de insuficiência cardíaca crónica grave”, e assim confirmei que a tradução era adequada.

Termo: Vasopressors

Proposta de tradução: Vasopressores

Contexto: “necessidade de uma intervenção (por exemplo, interrupção de Revatio solução injectável, descontinuação ou redução temporária da dose de fármacos diuréticos/anti-hipertensores, necessidade de vasopressores).”

Hiperligação:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/INFORMACAO_SEGURANCA/MATERIAIS_EDUCACIONAIS/P_T/FORMULA%ECRIO%20RSF_com%20frase%20CNPD_rectificacao20120117.pdf

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um formulário da Unidade de Farmacovigilância dos laboratórios Pfizer. Para ultrapassar esta dúvida procurei principalmente em textos paralelos e encontrei um texto que faz parte do Manual do CEE (Curso de Evidência na Emergência) de 2011

⁸ Ver:

http://intensivecare.hsnet.nsw.gov.au/five/doc/education_packages/liverpool/liverpoll SDL Inotropes.pdf

do Hospital de Arrábida⁹, que falava tanto de Vasopressores como de Inotrópicos, confirmando assim que a tradução era adequada.

Termo: Corticosteroids

Proposta de tradução: Corticosteróides

Contexto: “Os corticosteróides tópicos têm como campo eletivo de utilização o combate aos sinais e sintomas das situações inflamatórias da pele.”

Hiperligação: <http://www.infarmed.pt/prontuario/framenavegaarvore.php?id=283>

Comentário: O texto apresentado na hiperligação é uma entrada do prontuário do Infarmed. A dúvida deste termo surgiu principalmente porque já tinha ouvido falar deste termo como meio de *doping*, por isso decidi visitar a página da web de Associação de Ciclismo de Minho (<http://www.acm.pt/index.php?cat=nao-ao-doping&perg=13>) que explica o que são os Corticosteróides: “Os corticosteróides são compostos sintéticos ou naturais relacionados com as hormonas produzidas no córtex das glândulas suprarrenais. São usados com fins terapêuticos para suprimir a inflamação, asma e dor. Devido aos seus efeitos secundários, só devem ser administrados com vigilância médica.” Contudo, para ter a certeza absoluta decidi procurar na Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar¹⁰ e assim confirmei o uso do termo.

Termo: Dyspnea

Proposta de tradução: Dispneia

Contexto: “Dificuldade de respirar, muitas vezes acompanhada de opressão torácica e mal-estar.”

Hiperligação: <http://www.infopedia.pt/termos-medicos/dispneia>

Comentário: O texto disponível na hiperligação corresponde a uma entrada do dicionário médico da Infopédia. Este termo não apresentou uma grande dúvida, no entanto, para ter certeza do uso do termo decidi visitar outras páginas web portuguesas, com o objetivo de encontrar mais textos paralelos. Um dos textos encontrados é do Hospital CUF Infante Santo, onde é explicado o significado de Dispneia: “A Dispneia é a sensação de falta de ar ao inspirar. É uma situação de urgência habitualmente, quando estamos na presença de um edema dos tecidos da laringe.

9 Ver:

http://www.hospitaldaarrabida.pt/upload/11/fckeditor_files/file/Documentacao_Tertulias%20Hospital%20Arrabida/3_Insuficiencia_Cardiaca_Aguda_HA.pdf

10 Ver: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/rpmgf/v28n3a01/v28n3a09.pdf>

Requer uma atuação rápida com terapêutica médica injetável e em casos extremos a necessidade de realização de traqueotomia para canalização de via aérea permeável.”¹¹

Termo: Cohort study

Proposta de tradução: Estudo de coorte

Contexto: “Os estudos de coorte incluem grupos de doentes que são seguidos no tempo para determinação da incidência ou da história natural da doença, assim como dos fatores de risco para os vários resultados (outcomes).”

Hiperligação: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/75.pdf>

Comentário: O texto apresentado na hiperligação é um artigo científico publicado pela Revista Portuguesa de Cardiologia, em 2005. Para confirmar o significado do termo, procurei em textos paralelos. Pude, assim, esclarecer a minha dúvida, quanto à tradução e confirmar a utilização do termo “estudo de coorte”, ao consultar a página web Eurotrials: “O estudo coorte assume que um ou mais coortes – grupos de indivíduos sem a doença de interesse no início do estudo – são seguidos ao longo do tempo, sendo registados os novos casos de doença, ou seja, as incidências de doença.”¹²

Termo: GCS (Glasgow Coma Scale)

Proposta de tradução: Escala de coma de Glasgow (ECG)

Contexto: “O uso da VM associada a um tubo endotraqueal (TET) está indicado em casos nos quais se verifica falta de proteção da via aérea, como acontece na ausência de reflexos protetores (Escala de Coma de Glasgow (ECG)).”

Hiperligação: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/759/1/DM_VaniaSilva_2010.pdf

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia Cardio-Respiratória, apresentado ao Instituto Politécnico do Porto. Este termo foi considerado como dúvida, uma vez que não tinha a certeza de se esta escala era utilizada apenas no Reino Unido ou se também era usada em Portugal. O que me esclareceu a dúvida foi o texto apresentado na hiperligação e o texto encontrado na revista Acta Pediátrica Portuguesa, *Transferência por traumatismo craniano na urgência pediátrica de um hospital de*

11 Ver: <http://www.hospitalcufinfantesanto.pt/SDT/Dispneia/1634>.

12 Ver: http://www.eurotrials.com/contents/files/Gauss_3B.pdf.

nível II – seis anos de experiência*¹³: “Neste último grupo avaliámos a gravidade com base na Escala de Coma de Glasgow (ECG) à admissão: ECG 3-4 (muito grave) 6 crianças, ECG 5-8 (grave) 11 crianças e ECG 9-12 (moderado) 4 crianças.”

Termo: Health-Related Quality of Life (HRQL)

Proposta de tradução: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS)

Contexto: “(...), mas sim ao próprio doente perceber o seu estado de saúde e consequentemente Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Demet *et al.*, 2002; Godoy, 2002).”

Hiperligação: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14265/2/4922.pdf>

Comentário: O texto apresentado na hiperligação é uma dissertação apresentada à Universidade do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto. Apesar de ter conhecido o termo em Inglês nunca tive a oportunidade de traduzir textos relacionados com o tema da qualidade de vida, pelo que desconhecia o equivalente em Português. Para ultrapassar essa dúvida fiz uma tradução literal e depois confirmei a existência da mesma com base em textos paralelos, como se pode ver no texto escolhido na hiperligação, e outro texto que achei pertinente utilizar como justificação foi um texto encontrado no Repositório – Instituto Politécnico de Viseu com o título *A influência da actividade física na qualidade de vida do idoso: Qual a influência da actividade física na qualidade de vida do idoso a viver de forma autónoma na comunidade, no concelho de Viseu?* Para responder a esta questão estabeleceram-se dois objetivos principais para este estudo: “Caracterizar a população de idosos em estudo, relativamente a algumas variáveis sócio-demográficas, à sua atividade física habitual e à sua qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). Verificar a existência de relações entre as variáveis (sócio-demográficas – nível de atividade física habitual – prática desportiva), e as dimensões da QVRS do idoso.”

¹³ Ver [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/9/20080919112903_Casuistica_Costa_C_39\(2\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/9/20080919112903_Casuistica_Costa_C_39(2).pdf)

Termo: National Statistics Socio-Economic Classification NS-SEC

Proposta de tradução: Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais NS-SEC

Comentário: Não encontrei um equivalente na LC para a tradução deste termo, uma vez que se trata de uma classificação típica do Reino Unido. Contudo, o mesmo pode ser perfeitamente traduzido. Com o intuito de eliminar quaisquer dúvidas que pudessem surgir, decidi utilizar a sigla original (NS-SEC), já que iria facilitar a localização do termo em outras línguas.

Termo: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II)

Proposta de tradução: Avaliação Fisiológica Aguda e Crónica da Saúde (APACHE II)

Contexto: “APACHE II (Avaliação fisiológica aguda e crónica da saúde - The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation).”

Hiperligação: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1143/tesedanianacondadopd.pdf>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é uma dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do grau de Mestre em Medicina. Na maioria dos textos paralelos que encontrei os autores dos mesmos decidiram não traduzir o termo.

- a) **Contexto:** “O outro sistema mencionado pelas Definições do Simpósio de Atlanta é o sistema APACHE II. APACHE é a sigla para Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, sendo um sistema multifactorial e obtido pela soma de três índices (Kasper *et al.* 2004).”

Hiperligação: Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do grau de Mestre em Medicina

https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/818/1/Complica%C3%A7%C3%B5es_da_pancr_eatite_aguda.pdf

- b) **Contexto:** “Assim, não é de estranhar que a grande discussão que ainda existe no panorama internacional se situe sobre a predominância de uma perspectiva em relação à outra, com sistemas que privilegiam a utilização de recursos, como, por exemplo, os Diagnosis Related Groups (DRGs) ou o Acuity Index Method (AIM), outros a severidade, como o Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE), o System of Acute Physiologic Score (SAPS), o Mortality Probability Model (MPM), o Disease Staging ou os MedisGroups, por exemplo, enquanto outros afirmam que consubstanciam os dois princípios, como os Patient Management Categories (PMCs), por exemplo (Iezzoni, 1997b).”

Hiperligação: Artigo científico publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública

http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon5_01-2005.pdf

No entanto, depois de encontrar a tese apresentada na hiperligação e pelo facto de ser um termo facilmente traduzido que transmite a mesma ideia do termo original, sem perder informação no processo, decidi utilizar a tradução.

Termo: Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)

Proposta de tradução: Sistema de Pontuação da Intervenção terapêutica (TISS)

Contexto: “(PRISM – Pediatric Risk of Mortality; TISS- Therapeutic Intervention Scoring System; % Área SQ-percentagem de área de superfície corporal queimada).”

Hiperligação:

http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1091/1/PerfilDoGrandeQueimado_16-2_Webl.pdf

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um artigo científico publicado na revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Nascer e Crescer. O termo TISS, como se pode constatar a partir do texto da hiperligação e da página da web do Portal de Codificação e dos GHD¹⁴, é utilizado em Português europeu e significa a mesma coisa que em Inglês, mas o termo nunca é traduzido. O termo em si não apresenta nenhuma dificuldade de tradução, portanto, decidi traduzi-lo e manter a sigla como no texto de partida para facilitar a pesquisa do mesmo caso alguém quisesse procurar o termo na LP.

Termo: Zopiclone

Proposta de tradução: Zopiclona

Contexto: “A zopiclona é uma ciclopirlolona e o zolpidem é uma imidazopiridina.”

Hiperligação:

http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show? docname=7118264.PDF

Comentário: O texto disponível na hiperligação é uma entrada do Prontuário Terapêutico do Infarmed. Para ultrapassar esta dificuldade terminológica tive primeiro que entender o que é “Zopiclone” procurando em textos paralelos da LP. Após perceber o que era, com base na descrição encontrada na página web da C.Helth (“Zopiclone belongs to the class of medications called *sedative-hypnotics*. It is used for the short-term and symptomatic relief of sleep disturbances. Zopiclone can help with difficulty falling asleep, frequent wake-ups during the night, or early morning awakenings.), decidi fazer uma pesquisa em textos paralelos na LC. Um dos textos foi o *Manual de Medicina Geral e Familiar versão 0.01 do ano 2000*: “Para a insónia, os

14 Ver: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Abreviaturas_acr%C3%B3nimos_e_siglas_R_-_Z.

remédios tradicionais incluem a valeriana e a prometazina, fármacos recentes são o zolpidem e a zopiclona.

A consulta do manual e do texto da hiperligação esclareceu a dúvida e confirmou a tradução.

Termo: Propofol

Proposta de tradução: Propofol

Contexto: “O Propofol é um agente anestésico intravenoso de acção curta, indicado para:

- indução e manutenção de anestésias gerais;
- sedação de doentes adultos ventilados em regime de cuidados intensivos (estados sépticos graves, traumatismos cranianos graves e status epilepticus, ...);
- sedação consciente de indivíduos adultos durante procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico.”

Hiperligação: <http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0910/propofol/terapeutica.html>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é uma monografia apresentada na página web da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. Antes da tradução do termo já tinha ouvido falar do anestésico Propofol, contudo, quis ter a certeza que se tratava do mesmo termo. Com base no texto apresentado na hiperligação foi óbvio que a tradução era correta e que o termo era o mesmo.

Termo: Opioids

Proposta de tradução: Opiáceo

Contexto: “O opiáceo é uma droga que pode ser natural ou sintética e que pode ser usada para fins medicinais.”

Hiperligação: [http://www.infopedia.pt/\\$opiaceo](http://www.infopedia.pt/$opiaceo)

Comentário: O texto disponível na hiperligação é uma entrada do dicionário de medicina da Infopédia. Depois de ler e entender a descrição do termo apresentada por Infopédia no texto da hiperligação procurei também na página da web da Altas de Saúde onde encontrei e confirmei a utilização do termo na língua Portuguesa. “A maioria dos opiáceos foi e é utilizada como medicamento: o láudano costuma ser indicado contra a diarreia; a codeína é utilizada contra a tosse; a morfina, a meperidina e a metadona são utilizadas para aliviar a dor; a metadona costuma ser utilizada para prevenir e tratar a síndrome de abstinência da heroína.”

Termo: Intensive care stress reactions scale (ICUSS)

Proposta de tradução: Escala de Reações de Stress dos Cuidados Intensivos (ICUSS)

Comentário: Com base na informação apresentada no TP (“Stress reactions were assessed using a newly developed 18-item intensive care stress reactions scale (ICUSS) as validated stress questionnaires did not contain items relevant to the ICU context”) esta escala de avaliação é nova e, por enquanto, nem há informação detalhada acerca de este termo na LP (a única informação que encontrei foi a confirmação de que esta escala é constituída por 18 itens de avaliação da UCI: “We recently reported on 157 level three patients that were assessed for psychological stress in the intensive care unit (ICU) and for psychological morbidity three months after discharge. Patients were assessed in the ICU using an adapted validated mood questionnaire³ and a new 18-item ICU Stress scale (ICUSS).”¹⁵ Encontrar um equivalente na língua de chegada em textos paralelos foi uma tarefa impossível, uma vez que, por enquanto, não há nenhum texto que fale sobre essa escala de avaliação em Português. Finalmente o que decidi foi traduzir o termo conforme se encontra na proposta de tradução e manter a sigla original para referências futuras.

Termo: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Proposta de tradução: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

Contexto: “Os participantes, 118 pais de adultos portadores de deficiência utentes de Centros de Atividades Ocupacionais, responderam às Escalas de Bem-estar Psicológico versão reduzida (EBEP-R), à Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), ao Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e ao Questionário para Pais Cuidadores (QCP), criado para este estudo.”

Hiperligação: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2743/1/ulfp037554_tm.pdf

Comentário: O texto disponível na hiperligação é uma dissertação apresentada à Universidade de Lisboa, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Uma vez que esta escala é conhecida e utilizada, foi fácil ultrapassar a dificuldade e confirmar a tradução na LC. Contudo, apesar do texto apresentado na hiperligação, decidi mencionar outro texto encontrado no Repositório da Universidade de Lisboa com o objetivo de demonstrar o uso do termo na língua Portuguesa; o título do texto é *Diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta avançada: depressão, mecanismos de defesa e satisfação com a vida*: “O presente estudo tem como principal objetivo

¹⁵ Ver: http://www.ics.ac.uk/meetings_seminars/ics_past_events/SOA11Handbook.

explorar os níveis de depressão, os mecanismos de defesa utilizados e a percepção de satisfação com a vida em viúvas e viúvos idosos, averiguando a existência de diferenças entre os dois grupos. Pretendeu-se também analisar, nos viúvos, o papel de algumas variáveis sócio-demográficas (e.g. Sexo) e psicossociais (e.g. Tem confidente), bem como explorar as relações entre as variáveis estudadas. Participaram no estudo 68 participantes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos (M=71,31; DP= 8,23). Para avaliação dos níveis de depressão utilizou-se a versão portuguesa da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004)”¹⁶.

Termo: State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Proposta de tradução: Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE)

Contexto: “Os dados na avaliação psicológica foram obtidos do teste do desenho da figura humana (traços da personalidade), Inventário de Depressão Beck (BDI) e do inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE).”

Hiperligação:http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862003000100010&script=sci_abstract

Comentário: O texto disponível na hiperligação é o resumo de um artigo científico publicado pela revista Psicologia, Saúde & Doenças. Esta dificuldade foi facilmente ultrapassada com a ajuda do artigo científico apresentado na hiperligação e com um texto da Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu com o título *Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior. Um Estudo com Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu*.¹⁷ (“Material/Métodos: Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985); Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (Spielberg *et al*, 1970), traduzido e validado por (Biaggio e Natalício, 1979)”).

16 Ver: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/8182>.

17 Ver: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/15.pdf>.

Termo: SPSS for Windows

Proposta de tradução: SPSS para Windows

Contexto: “Este software foi adquirido mediante acordo entre o representante do SPSS em Portugal e a Reitoria da U.T.L. As versões disponíveis são:

SPSS 17 (Windows)

PASW 18 (Windows e MacOSX)

SPSS 19 (Windows e MacOSX)

SPSS 20 (Windows e MacOSX)

SPSS 21 (Windows e MacOSX)”

Hiperligação: <https://delta.ist.utl.pt/software/spss.php>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um manual técnico publicado na página web do Instituto Superior Técnico de Lisboa. Para esta dificuldade o texto encontrado na hiperligação justifica e confirma o uso do termo.

Termo: T-tests

Proposta de tradução: Testes-t

Contexto: “Quando se pretende empregar um teste t de Student ou uma análise da variância para fazer comparações entre amostras (testes paramétricos).”

Hiperligação: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estadistica%20I.pdf

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um manual de estatística, publicado pelo Instituto Superior Miguel Torga. Uma vez que não tenho muita experiência no que diz respeito a tradução de termos de estatística, tive que confirmar e tentar encontrar o significado do termo testes-t antes fazer a tradução. O que encontrei foi “The t-test assesses whether the means of two groups are statistically different from each other. This analysis is appropriate whenever you want to compare the means of two groups, and especially appropriate as the analysis for the posttest-only two-group randomized experimental design.” Após entender o significado do termo procurei em textos paralelos como por exemplo aquele que se encontra na hiperligação ou como o texto com o título: “Testes não Paramétricos” da Escola Superior Agrária Castelo Branco.

(“Por exemplo, a distribuição da estatística de teste do teste t-Student para comparar as médias de duas amostras pressupõe que as amostras foram retiradas de uma população que se distribui segundo uma função de probabilidades”).

Termo: Multicollinearity

Proposta de tradução: Multicolinearidade

Contexto: “A multicolinearidade é uma propriedade dos dados da amostra, tem a ver com as características específicas da matriz de dados, x , e não com aspetos estatísticos do modelo de regressão linear.”

Hiperligação: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10881/1/tese.pdf>

Comentário: O texto disponível é uma dissertação apresentada à Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, para a obtenção do grau de Doutor. Esta dúvida teve a mesma natureza que os “testes-T” e ultrapassei-a com base na tese apresentada na hiperligação.

Termo: Profile of Mood States (POMS)

Proposta de tradução: Perfil dos Estados de Humor (POMS)

Contexto: “O Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States – POMS; McNair, Lorr & Droppleman, 1971).”

Hiperligação: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n1/v19n1a08.pdf>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um artigo científico publicado pela revista do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, *Análise Psicológica*. Este termo foi fácil de encontrar e de traduzir. Para além do texto da hiperligação confirmei a tradução com um artigo científico encontrado no Estudo Geral Repositório Digital da Universidade de Coimbra com o título: *Análise da Variação dos Estados de Humor (POMS) em Função da Carga de Treino e dos Resultados Competitivos em Nadadores de Elevado Nível Competitivo* (“O presente estudo pretende analisar as relações e as diferenças existentes entre o Perfil dos Estados de Humor (POMS), as variações da carga de treino e resultados competitivos alcançados por atletas praticantes de Natação Pura Desportiva de alta competição.”).

Termo: Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)

Proposta de tradução: Questionário de Perceção de Doença versão Breve (BIPQ)

Hiperligação: <http://pt.scribd.com/doc/41782994/Apresentacao-de-escalas-psicomtricas-Illness-Perception-Questionnaire-Revised-Questionario-de-Percepcao-da-Doenca-R>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um artigo académico, apresentado por um profissional da área da Psicologia. Apesar de não ter encontrado um equivalente direto (uma vez que o que precisava era a versão breve e a encontrada foi a versão revista), descobri a tradução

parcial do termo “Brief Illness Perception Questionnaire - Questionário de Perceção de Doença” ao ler o texto apresentado na hiperligação, já que na tradução utilizada para referir a versão revista do questionário estava incluído o nome original do mesmo.

Termo: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

Proposta de tradução: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)

Contexto: “O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “DSM-IV”.”

Hiperligação: http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/

Comentário: O texto disponível na hiperligação é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Após a compreensão do texto da hiperligação decidi fazer uma pesquisa mais aprofundada com o objetivo de encontrar o manual e esclarecer qualquer dúvida e confirmar o uso do termo escolhido na proposta de tradução.

Título – DSM – IV – TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (<http://www.sppb.pt/uploads/manuais.pdf>)

Termo: MV, Mechanical ventilation

Proposta de tradução: Ventilação Mecânica (VM)

Contexto: “Não deve nunca ser adiada a EOT e ventilação mecânica (VM) se o doente apresentar indicação para tal em qualquer momento (Quadro III).”

Hiperligação: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000400006&script=sci_arttext&tlng=pt

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um artigo científico publicado pela Revista Portuguesa de Pneumologia. Apesar de o texto da hiperligação confirmar o uso do termo senti a necessidade de procurar outros textos paralelos para ter a certeza absoluta do uso correto deste termo. Ao procurar encontrei o texto *Ventilação Sincronizada*¹⁸ que confirmou o uso do termo “VM” (“Durante décadas a ventilação mecânica (VM) do recém-nascido (RN) consistiu numa ventilação ciclada a tempo limitada a pressão, a uma dada frequência determinada pelo médico”) e assegurou que a tradução era adequada.

18Ver: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/Ventilacao%20sincronizada.pdf>.

Termo: Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Proposta de tradução: Escala do Diagnóstico de Stress Pós-traumático (PDS)

Comentário: Uma vez que não encontrei uma tradução direta e que já tinha a tradução do termo “Perturbações de pós-stress traumático (PSPT)” decidi que a melhor forma de traduzir o termo PDS é com base no PSPT. Portanto, Post-traumatic Stress mantém-se igual: “Stress Pós-traumático” e adicionei “Diagnostic Scale”: “Escala do Diagnóstico” para obter o termo apresentado na proposta de tradução.

Termo: P-Value

Proposta de tradução: Valor-P

Contexto: “Definição: Dado o valor observado da estatística de teste, o valor-p (p-value) é o maior nível de significância que levaria à não rejeição da hipótese nula (ou o menor que levaria à rejeição).”

Hiperligação: <http://www.math.ist.utl.pt/~apires/MaterialPE/AulaTCap8C.pdf>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um capítulo do livro *Probabilidades e Estatísticas*, da autora Ana Pires. O termo permitiu fazer uma tradução direta e o texto da hiperligação ajudou a comprovar o uso do mesmo.

Termo: Dummy Variables

Proposta de tradução: Variáveis Indicadoras

Contexto: “As variáveis nominais são incluídas nos modelos de regressão como variáveis indicadoras (*dummy variables*).”

Hiperligação:

http://www.atlasdasaude.pt/artigos.php?detail=308&id_bloco=4&retorno=&a_pesquisar=final%20multiple%20regression&anterior=pesquisa_avancada

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um glossário de termos estatísticos, publicado pelo Atlas da Saúde. O termo foi justificado com o texto da hiperligação.

Termo: C-reactive protein

Proposta de tradução: Proteína C-reativa

Contexto: “Realça-se a circunstância de a Proteína C-Reactiva (PCR) representar um marcador de excelência neste campo.”

Hiperligação: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/468.pdf>

Comentário: O texto disponível na hiperligação é um artigo de revisão publicado pela Revista Portuguesa de Cardiologia. Para justificar e confirmar o uso do termo escolhido como proposta de tradução utilizei o texto da hiperligação e outro texto paralelo da Universidade de Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde com o título *A Proteína C-Reactiva e o Prognóstico Pós-Enfarte Agudo do Miocárdio*.

“2.3. A Proteína C-Reactiva

A PCR é uma proteína de fase aguda, não específica, sintetizada pelos hepatócitos em resposta a processos inflamatórios / infecciosos, a danos teciduais e a neoplasias malignas (13), sendo a sua produção modulada fundamentalmente pela IL-6, embora a IL-1 e o FNT-alfa também participem na sua modulação (9).”¹⁹

Termos: re-experiencing, avoidance and hyper-arousal

Proposta de tradução: revivência, evitamento e hipervigilância

Contexto: “The disorder is characterised by three clusters of symptoms: re-experiencing, avoidance and hyper-arousal, that persist for more than a month and cause distress or impaired functioning”

Hiperligação: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/4/347-354.pdf>

Comentário: Esta sequência de termos tem o propósito de caracterizar os sintomas do TEPT, portanto decidi consultar o artigo da Acta Médica Portuguesa que tinha utilizado anteriormente na justificação da tradução do termo TEPT, com o propósito de encontrar a mesma sequência de sintomas na língua de chegada. Ao ler a parte do artigo dedicada a explicação dos sintomas encontrei um excerto que apresentava os termos em questão: “Apresenta três tipo de sintomas que têm que ter pelo menos um mês de duração: revivenciar a experiência traumática (pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, *Flashbacks*, sentir ou agir como se o acontecimento ainda estivesse a ocorrer, angústia intensa quando exposto a pessoas, locais ou conversas relacionadas com o evento); evitamento e embotamento afectivo (evitamento de situações ou pessoas relacionadas com o trauma, diminuição do

19 Ver: http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/785/graciete_santospdf.pdf.

interesse na maioria das actividades, sentimento de *desligamento dos outros*, incapacidade de sentir, amnésia para partes do trauma) e hipervigilância (problemas de sono, irritabilidade, raiva, dificuldades de concentração, *Reacção de alarme* hiperactiva)”.

8. Conclusão

Ao longo da execução deste projeto aprendi a apreciar mais a leitura de bibliografia especializada, uma vez que me serviu como guia na elaboração deste projeto de tradução na área de Saúde. A leitura de livros escritos por Reiss, Nord e House, especialistas na área de Tradução, ajudou-me a alargar os meus conhecimentos da teoria de tradução e a desenvolver a parte teórica do meu projeto, assim como a justificar certos termos, como por exemplo “covert translation”, ou justificar porque classifiquei o texto de partida como científico-informativo.

Através deste projeto, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos na área dos cuidados intensivos, entendendo melhor os seus efeitos secundários e a maneira como podem afetar psicologicamente as pessoas. Por outro lado, a vasta terminologia presente no texto de partida permitiu-me alargar os meus conhecimentos de palavras específicas, relacionadas com a área da Saúde.

A realização do estudo do texto de partida na fase de pré-tradução permitiu-me preparar-me para a fase de tradução, prevenindo algumas dificuldades que poderiam ter surgido, caso não tivesse estudado o texto previamente, e diminuindo o tempo de pesquisa de informações específicas. Deste modo, consegui fazer uma tradução mais fluente, que contribuiu a uma melhor gestão do tempo disponível. Isto permitiu que fossem realizadas várias correções ao texto de chegada, procurando chegar a uma tradução mais fiel ao texto de partida, que mantivesse as características de um texto científico. A elaboração do glossário na parte de pré-tradução (leitura detalhada do texto de partida e levantamento de terminologia específica, assim como a procura de textos paralelos) foi fundamental, uma vez que serviu como apoio na fase de tradução.

O maior desafio deste projeto foi a organização das etapas. Por exemplo, inicialmente tinha pensado em ter um capítulo para a análise do texto de partida, mas, como utilizei o método apresentado por Christiane Nord, em *A Model For Translation-Oriented Text Analysis: Factors of source-text analysis* (1988/2005), acabei por analisar o TP no capítulo teórico.

Para concluir, gostava de sublinhar a importância da realização deste projeto para o desenvolvimento das competências adquiridas ao longo do mestrado, uma vez que me permitiu pôr em prática os conhecimentos teóricos e as técnicas aprendidas.

9. Referências Bibliográficas

CABRÉ, María Teresa (1999). *Terminology. Theory, Methods and Applications*. Janet Ann DeCesaria (trad.). Amsterdam e Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

CABRÉ, María Teresa & ENTERRÍA, Josefa Gomez de (2006). *La enseñanza de los lenguajes de especialidad. La simulación global*. Madrid: Editorial Gredos.

HOUSE, Juliane (2006). "Covert Translation, Language Contact, Variation and Change". *SYNAPS*, 19. Noruega: Departamento de Comunicação Profissional e Intercultural da *Norges Handelshøyskole*.

http://www.nhh.no/Files/Filer/Konferanser/Hieronymus/House_SYNAPS_19_2006..pdf

NORD, Christiane (2005). *Text Analysis in Translation. Theory, Methodology, and Didactic Application of a Model for Translation-Oriented Text Analysis*. Christiane Nord & Penelope Sparrow (trads.). Nova Iorque: Rodopi. 2ª ed.

REISS, Katharina (2000). *Translation Criticism – the Potentials and Limitations. Categories and Criteria for Translation Quality Assessment*. Erroll F. Rhodes (trad.). Manchester: St. Jerome Publishing.

VELHO, Joana Filipa G. da Cunha (2010). *Tradução de um capítulo do livro Paediatrics at a Glance e reflexão crítica*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro. Aveiro. Capítulo I.

10. Anexos

Texto original e a sua tradução

This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Copyedited and fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study

Critical Care 2012, **16**:R192 doi:10.1186/cc11677

Dorothy M Wade (Dorothy_Wade@btinternet.com)
David C Howell (david.howell@uclh.nhs.uk)
John A Weinman (john.weinman@kcl.ac.uk)
Rebecca J Hardy (r.hardy@nshd.mrc.ac.uk)
Michael G Mythen (m.mythen@ucl.ac.uk)
Chris R Brewin (c.brewin@ucl.ac.uk)
Susana Borja-Boluda (susana.boluda@gmail.com)
Claire F Matejowsky (claire.matejowsky@uclh.nhs.uk)
Rosalind A Raine (r.raine@ucl.ac.uk)

ISSN 1364-8535

Article type Research

Submission date 14 February 2012

Acceptance date 18 July 2012

Publication date 15 October 2012

Article URL <http://ccforum.com/content/16/5/R192>

This peer-reviewed article can be downloaded, printed and distributed freely for any purposes (see copyright notice below).

Articles in *Critical Care* are listed in PubMed and archived at PubMed Central.

For information about publishing your research in *Critical Care* go to

<http://ccforum.com/authors/instructions/>

This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Copyedited and fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

Investigação dos Fatores de Risco para a Morbidade Psicológica Três Meses Após os Cuidados Intensivos: Um Estudo de Coorte Prospetivo

Critical Care 2012, **16**:R192 doi:10.1186/cc11677

Dorothy M Wade (Dorothy_Wade@btinternet.com)
David C Howell (david.howell@uclh.nhs.uk)
John A Weinman (john.weinman@kcl.ac.uk)
Rebecca J Hardy (r.hardy@nshd.mrc.ac.uk)
Michael G Mythen (m.mythen@ucl.ac.uk)
Chris R Brewin (c.brewin@ucl.ac.uk)
Susana Borja-Boluda (susana.boluda@gmail.com)
Claire F Matejowsky (claire.matejowsky@uclh.nhs.uk)
Rosalind A Raine (r.raine@ucl.ac.uk)

ISSN 1364-8535

Tipo de artigo Investigação

Data de submissão 14 fevereiro 2012

Data de aceitação 18 julho 2012

Data de publicação 15 outubro 2012

URL do artigo <http://ccforum.com/content/16/5/R192>

Este artigo de revisão por pares pode ser descarregado, impresso e distribuído livremente para quaisquer motivos (ver os direitos de autor mais abaixo).

Os artigos de *Critical Care* são apresentados na PubMed e arquivados no PubMed Central.

Para informação em como publicar a sua investigação no *Critical Care* visitem

<http://ccforum.com/authors/instructions/>

© 2012 Wade *et al.*

Este é um artigo de livre acesso distribuído conforme os termos de Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), que permite o acesso irrestrito, distribuição, e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study

Dorothy M Wade^{1, 2*}, David C Howell², John A Weinman³, Rebecca J Hardy⁴, Michael G Mythen⁵, Chris R Brewin⁶, Susana Borja-Boluda², Claire F Matejowsky² and Rosalind A Raine¹

¹ Department of Applied Health Research, University College London (UCL), 1-19 Torrington Place, London, WC1E 7HB, UK.

² Critical Care Unit, University College London Hospitals NHS Foundation Trust (UCLH), 235 Euston Rd, London, NW1 2BU, UK.

³ Psychology Department, Institute of Psychiatry, Kings College London, Guy's Campus, St. Thomas St, London, SE1 9RT, UK.

⁴ MRC Unit for Lifelong Health and Ageing, University College London, 33 Bedford Place, London, WC1B 5JU, UK.

⁵ UCLH/UCL NIHR Biomedical Research Centre, Maple House, 149 Tottenham Court Rd, London W1T 7DN, UK.

⁶ Psychology Department, University College London, Gower St, London, WC1E 6BT, UK.

*Corresponding author: Dorothy_Wade@btinternet.com

Received: **14 February 2012**

Revised: **12 April 2012**

Accepted: **18 July 2012**

Published: **15 October 2012**

Investigação dos Fatores de Risco para a Morbidade Psicológica Três Meses Após os Cuidados Intensivos: Um Estudo de Coorte Prospetivo

Dorothy M Wade^{1, 2*}, David C Howell², John A Weinman³, Rebecca J Hardy⁴, Michael G Mythen⁵, Chris R Brewin⁶, Susana Borja-Boluda², Claire F Matejowsky² and Rosalind A Raine¹

¹ Department of Applied Health Research, University College London (UCL), 1-19 Torrington Place, London, WC1E 7HB, UK.

² Critical Care Unit, University College London Hospitals NHS Foundation Trust (UCLH), 235 Euston Rd, London, NW1 2BU, UK.

³ Psychology Department, Institute of Psychiatry, Kings College London, Guy's Campus, St. Thomas St, London, SE1 9RT, UK.

⁴ MRC Unit for Lifelong Health and Ageing, University College London, 33 Bedford Place, London, WC1B 5JU, UK.

⁵ UCLH/UCL NIHR Biomedical Research Centre, Maple House, 149 Tottenham Court Rd, London W1T 7DN, UK.

⁶ Psychology Department, University College London, Gower St, London, WC1E 6BT, UK.

*Corresponding author: Dorothy_Wade@btinternet.com

Recebido: 14 Fevereiro 2012

Revisto: 12 Abril 2012

Aceite: 18 Julho 2012

Publicado: 15 Outubro 2012

Abstract

Introduction

There is growing evidence of poor mental health and quality of life among survivors of intensive care. However, it is not yet clear to what extent the trauma of life-threatening illness, associated drugs and treatments, or patients' psychological reactions during intensive care contribute to poor psychosocial outcomes. Our aim was to investigate the relative contributions of a broader set of risk factors and outcomes than had previously been considered in a single study.

Methods

A prospective cohort study of 157 mixed-diagnosis highest acuity patients was conducted in a large general intensive care unit (ICU). Data on four groups of risk factors (clinical, acute psychological, socio-demographic and chronic health) were collected during ICU admissions. Post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, anxiety and quality of life were assessed using validated questionnaires at three months (n =100). Multivariable analysis was used.

Results

At follow-up, 55% of patients had psychological morbidity: 27.1% (95% CI: 18.3%, 35.9%) had probable PTSD; 46.3% (95% CI: 36.5%, 56.1%) probable depression, and 44.4% (95% CI: 34.6%, 54.2%) anxiety. The strongest clinical risk factor for PTSD was longer duration of sedation (regression coefficient = 0.69 points (95% CI: 0.12, 1.27) per day, scale = 0 to 51). There was a strong association between depression at three months and receiving benzodiazepines in the ICU (mean difference between groups = 6.73 points (95% CI: 1.42, 12.06), scale = 0 to 60). Use of inotropes or vasopressors was correlated with anxiety, and corticosteroids with better physical quality of life.

The effects of these clinical risk factors on outcomes were mediated (partially explained) by acute psychological reactions in the ICU. In fully adjusted models, the strongest independent risk factors for PTSD were mood in ICU, intrusive memories in ICU and psychological history. ICU mood, psychological history and socio-economic position were the strongest risk factors for depression.

Resumo

Introdução

Há cada vez mais evidências de má saúde mental e qualidade de vida entre os sobreviventes de cuidados intensivos. No entanto, ainda não se tem a certeza de até que ponto o trauma de uma doença que põe em risco a vida, os medicamentos e tratamentos associados, ou as reações psicológicas dos doentes durante os cuidados intensivos contribuem para resultados psicossociais pouco satisfatórios. O nosso objetivo foi o de investigar as contribuições relativas de um conjunto mais amplo de fatores de risco e resultados que tinham sido previamente considerados num único estudo.

Métodos

Um estudo de coorte prospetivo em 157 pacientes com diagnósticos mistos com mais alta acuidade foi conduzido numa unidade de cuidados intensivos (UCI) grande e geral. Durante as admissões na UCI foram reunidos os dados sobre quatro grupos de fatores de risco (clínicos, psicológico agudos, sociodemográficos e de saúde crónica). O transtorno de stress pós-traumático (TEPT), a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida foram avaliados através de questionários validados em três meses (n = 100). Foi utilizada uma análise multivariada.

Resultados

No acompanhamento, 55% dos pacientes tiveram morbilidade psicológica: 27,1% (95% CI: 18,3%, 35,9%) tiveram TEPT provável; 46,3% (95% CI: 36,5%, 56,1%), depressão provável, e 44,4% (95% CI: 34,6%, 54,2%), ansiedade. O fator clínico de risco mais forte para o TEPT foi a longa duração da sedação (coeficiente de regressão = 0,69 pontos (95% CI: 0,12, 1,27) por dia, escala = de 0 a 51). Houve uma forte associação entre a depressão a três meses e a utilização de benzodiazepina na UCI (a média de diferença entre os grupos = 6,73 pontos (95% CI: 1,42, 12,06), escala = de 0 a 60). O uso de inotrópicos ou vasopressores foi correlacionado com a ansiedade, e os corticosteroides com uma melhor qualidade física de vida.

Os efeitos desses fatores clínicos de risco nos resultados foram mediados (parcialmente explicados) por reações psicológicas agudas na UCI. Em modelos totalmente ajustados, os fatores de risco independentes mais fortes para o TEPT foram o humor na UCI, memórias intrusivas na UCI e história psicológica. O humor na UCI, a história psicológica e a posição socioeconómica foram os fatores de risco mais fortes para a depressão.

Conclusions

Strikingly high rates of psychological morbidity were found in this cohort of intensive care survivors. The study's key finding was that acute psychological reactions in the ICU were the strongest modifiable risk factors for developing mental illness in the future. The observation that use of different ICU drugs correlated with different psychological outcomes merits further investigation. These findings suggest that psychological interventions, along with pharmacological modifications, could help reduce poor outcomes, including PTSD, after intensive care.

© 2012 Wade *et al.*; licensee BioMed Central Ltd. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

The mental health of intensive care survivors may be poor. Patients may suffer from post-traumatic stress disorder (PTSD), depression or anxiety with poor quality of life in the months following intensive care [1-3]. It is not clear whether poor psychological outcomes are associated with the traumatic effects of critical illness, intensive care treatment and drugs (clinical risk factors), or mood and stress reactions in intensive care (acute psychological factors). Outcomes might be better explained by chronic physical conditions and psychological history (chronic health factors) or socio-demographic factors, such as low socio-economic position [4]. There is an urgent need to explore the relative effects of a broader set of risk factors than has previously been investigated on different psychosocial outcomes, within a fully-powered single study of mixed-diagnosis, general intensive care patients.

Psychological outcomes after intensive care include PTSD, an “anxiety disorder that often follows exposure to an extreme stressor that causes injury, threatens life or physical integrity” [5]. The person's immediate response involves intense fear, helplessness or horror. The disorder is characterised by three clusters of symptoms: re-experiencing, avoidance and hyper-arousal, that persist for more than a month and cause distress or impaired functioning. Another outcome of interest, depression, is characterised by low mood or loss of interest for more than two weeks, with a

Conclusões

Neste grupo de sobreviventes de terapia intensiva foram encontradas taxas de morbidade psicológica notavelmente altas. A descoberta chave do estudo foi que as reações psicológicas agudas na UCI foram os fatores de risco modificáveis mais fortes para o desenvolvimento de doenças mentais no futuro. A observação de que a utilização de diferentes fármacos na UCI correlacionou com diferentes resultados psicológicos merece uma investigação mais aprofundada. Estes resultados sugerem que as intervenções psicológicas, juntamente com modificações farmacológicas, podem ajudar na redução dos maus resultados, incluindo o TEPT, após o tratamento intensivo.

© 2012 Wade *et al.*; licensee BioMed Central Ltd. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença *Creative Commons Attribution License* (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

Introdução

A saúde mental dos sobreviventes de cuidados intensivos pode ser pobre. Os pacientes podem sofrer de transtorno de stress pós-traumático (TEPT), depressão ou ansiedade com comprometimento da qualidade de vida nos meses seguintes após os cuidados intensivos [1-3]. Não está claro se os maus resultados psicológicos estão associados com os efeitos traumáticos da doença crítica, os tratamentos de cuidados intensivos e drogas (fatores clínicos de risco), ou reações de humor e stress em terapia intensiva (fatores psicológicos agudos). Os resultados podem ser melhor explicados por condições físicas crônicas e história psicológica (fatores crônicos de saúde) ou fatores sociodemográficos, tais como a baixa posição socioeconómica [4]. Há uma necessidade urgente de explorar os efeitos relativos de um conjunto de fatores de risco mais amplos do que o que tinha sido previamente investigado em diferentes resultados psicossociais, dentro de um único estudo totalmente autossustentável de diagnóstico misto, em pacientes de terapia intensiva geral.

Os resultados psicológicos após os cuidados intensivos incluem o TEPT, um "transtorno de ansiedade que muitas vezes se segue à exposição a um fator de stress extremo, que origina uma lesão, ameaça a vida ou a integridade física" [5]. A resposta imediata da pessoa envolve medo intenso, desamparo ou horror. O transtorno é caracterizado por três grupos de sintomas: revivência, evitamento e hipervigilância, que continuam por mais de um mês e que provoca angústia ou comprometimento do funcionamento. Outro resultado de interesse, a depressão, é caracterizado por perda de humor ou perda de interesse por mais de duas semanas, com uma série de outros sintomas. A ansiedade é uma emoção normal que pode tornar-se persistente e

range of other symptoms. Anxiety is a normal emotion that may become persistent and inappropriate. In systematic reviews, the median point prevalence of PTSD among intensive care survivors was 22% [1] with 28% prevalence of depression [2]. Rates of anxiety after intensive care vary from 5% to 43% [3]. In a meta-analysis of quality of life, physical functioning was 20 points (0 to 100) and mental health 10 points below UK norms [3].

Patients are exposed to many stressors in the intensive care unit (ICU), including illness, pain, sleep deprivation, thirst, hunger, dyspnea, unnatural noise and light, inability to communicate, isolation and fear of dying; and they may show extreme emotional reactions in response [6-8]. Interventions, such as mechanical ventilation (MV) or invasive monitoring for cardiovascular support, may be difficult for patients to tolerate. Furthermore, the onset of delirium, including frightening psychotic symptoms, such as hallucinations and paranoid delusions, is common in intensive care [9, 10]. Delirium is associated with the pathophysiology of critical illness as well as drugs used in intensive care [11, 12]. The question is whether exposure to stressors, such as MV, or acute psychological reactions, such as stress, mood and hallucinations, are direct risk factors for PTSD and other adverse outcomes. It may be that patients' emotional reactions to stress in intensive care are early signs of psychological morbidity.

Consistent risk factors for post-ICU psychological morbidity have not been definitively established [13, 14], with associations mostly detected in very few studies. Socio-demographic risk factors for post-ICU PTSD include age [15, 16, 18], sex [17, 18] and unemployment [19]. Psychological history is a known chronic health risk factor [12, 15]. Acute psychological risk symptoms (extreme fear and agitation in the ICU) were found to be associated with PTSD in only one study to our knowledge [17]. Factual recall and memory of pain were associated with PTSD in one study [19], whereas delusional memories (of psychotic symptoms) following ICU discharge were more important in others [12, 20]. Clinical risk factors include aspects of sedation [12, 17, 18, 21] and duration of mechanical ventilation [15]. Two studies that found no association with mechanical ventilation and PTSD were small, with 41 [18] and 37 [22] participants. As mechanical ventilation is the most common intensive care intervention, replication of the positive result [15] is urgently needed.

inapropriada. Em revisões sistemáticas, a prevalência do ponto mediano do TEPT entre os sobreviventes de terapia intensiva foi de 22% [1], com 28% de prevalência de depressão [2]. As taxas de ansiedade após o tratamento intensivo variam entre 5% e 43% [3]. Numa meta-análise de qualidade de vida, a capacidade física foi de 20 pontos (de 0 a 100) e a saúde mental 10 pontos abaixo das normas do Reino Unido [3].

Os pacientes estão expostos a muitos fatores de stress na unidade de cuidados intensivos (UCI), incluindo doenças, dores, privação do sono, sede, fome, dispneia, ruídos e luzes anormais, incapacidade de comunicação, isolamento e medo de morrer; e como resultado podem mostrar reações emocionais extremas [6-8]. Os pacientes podem ter dificuldades em tolerar intervenções como a ventilação mecânica (VM) ou a monitorização invasiva para o suporte cardiovascular. Além disso, o início do delírio, incluindo sintomas psicóticos assustadores, como alucinações e delírios paranoicos, é comum nos cuidados intensivos [9, 10]. O delírio está associado com a patofisiologia da doença crítica e com as drogas utilizadas em cuidados intensivos [11, 12]. A questão é se a exposição a fatores de stress, como a VM, ou reações psicológicas agudas, tais como o stress, alterações de humor e alucinações, são fatores de risco diretos para o TEPT e outros resultados adversos. Pode ser que as reações emocionais dos pacientes em relação ao stress nos cuidados intensivos sejam os primeiros sinais de morbilidade psicológica.

Os fatores de risco consistentes para a morbilidade psicológica depois da UCI ainda não foram definitivamente estabelecidos [13, 14], com associações geralmente detetadas em poucos estudos. Os fatores de risco sociodemográficos para o TEPT depois da UCI incluem a idade [15, 16, 18], o sexo [17, 18] e o desemprego [19]. A história psicológica é um fator crónico de saúde de risco conhecido [12, 15]. Os sintomas de risco psicológico agudo (o medo extremo e a agitação na UCI) foram associados com o TEPT em apenas um estudo do nosso conhecimento [17]. Num estudo as lembranças factuais e as memórias da dor foram associadas com o TEPT [19], enquanto as memórias delirantes (de sintomas psicóticos), após a alta da UCI eram mais importantes em outros [12, 20]. Os fatores de risco clínicos incluem aspetos de sedação [12, 17, 18, 21] e a duração da ventilação mecânica [15]. Dois estudos de pequenas dimensões, com 41 [18] e 37 [22] participantes não encontraram nenhuma associação entre a ventilação mecânica e o TEPT. Como a ventilação mecânica é a intervenção mais comum dos cuidados intensivos, a replicação do resultado positivo [15] é uma necessidade urgente.

Os poucos fatores de risco identificados para a depressão e a ansiedade pós-UCI foram encontrados principalmente em estudos simples ou pequenos ou em subgrupos de pacientes. As dosagens de hipoglicemia [23] e de benzodiazepina [24] foram associadas à depressão

The few risk factors identified for post-ICU depression and anxiety were mainly found in single or small studies or sub-groups of patients. Hypoglycemia [23] and benzodiazepine dosage [24] were associated with post-ICU depression in patients with acute lung injury. Pessimism was associated with subsequent depression and anxiety in one study [19]. A more consistent group of risk factors (age, illness severity, ICU length of stay and prior health) were identified in studies of post-ICU quality of life [3].

The aim of our study was to investigate a broader set of clinical, acute psychological, socio-demographic and chronic health risk factors than had previously been tested, for different psychosocial outcomes within a single study of mixed general ICU patients. We used multivariable analysis to determine relative contributions of risk factors in different domains. Furthermore, we aimed to identify modifiable clinical and acute psychological risk factors that might inform the development and evaluation of preventative interventions in intensive care.

Materials and methods

Study design

This was a prospective cohort study with four groups of potential risk factors (clinical, acute psychological, socio-demographic and chronic health). Probable PTSD at three months was the primary outcome while depression, anxiety, and mental and physical quality of life at three months were secondary outcomes.

Participants

The sample consisted of consecutive, highest acuity adult patients who received level three care in a large general ICU at University College Hospital, London, England between November 2008 and September 2009. In the UK, level three patients are those receiving mechanical ventilation for more than 24 hours or patients with two or more organs supported. Patients were recruited in the ICU when physicians determined they were showing signs of recovery; when they had capacity to give informed consent, and were awake, alert and able to communicate. They were not recruited on a specific day of their ICU stay, as patients woke up and became alert at different times. They were excluded if they were not English-

depois da UCI em pacientes com lesões pulmonares agudas. O pessimismo foi associado à depressão e a ansiedade num estudo [19]. Um grupo mais consistente de fatores de risco (a idade, a gravidade da doença, permanência na UCI e a saúde antes do internamento na mesma) foi identificado em estudos de qualidade de vida depois da UCI [3].

O objetivo do nosso estudo foi o de investigar um conjunto mais amplo de fatores clínicos, psicológicos agudos, sociodemográficos e crônicos de saúde de risco que tenham sido previamente testados, para diferentes resultados psicossociais dentro de um único estudo em pacientes gerais mistos da UCI. Utilizamos a análise multivariada para determinar as contribuições relativas de fatores de risco em diferentes domínios. Além disso, procuramos identificar fatores de risco clínicos e psicológicos agudos modificáveis que pudessem informar o desenvolvimento e a avaliação de intervenções preventivas nos cuidados intensivos.

Materiais e métodos

Desenho do estudo

Este foi um estudo de coorte prospectivo com quatro grupos de potenciais fatores de risco (clínico, psicológico agudo, sociodemográfico e saúde crônica). O provável TEPT depois de três meses foi o resultado primário, enquanto a depressão, a ansiedade, a qualidade mental e física da vida depois de três meses foram resultados secundários.

Participantes

A amostra foi constituída por pacientes adultos avaliados consecutivamente com a maior acuidade e que receberam o terceiro nível de cuidados numa UCI grande e geral no *University College Hospital*, em Londres, Inglaterra, entre novembro de 2008 e setembro de 2009. No Reino Unido, os pacientes de nível três são aqueles que recebem ventilação mecânica por mais de 24 horas ou pacientes com dois ou mais órgãos suportados de forma artificial. Os pacientes foram recrutados na UCI quando os médicos determinaram que estes mostravam sinais de recuperação; quando tiveram a capacidade de dar o consentimento informado, e estavam acordados, em alerta e capazes de comunicar. Os pacientes não foram recrutados num dia específico do seu internamento na UCI, uma vez que estes acordaram e ficaram em alerta em diferentes momentos. Foram excluídos se não falavam inglês; tinham demência, permaneceram confusos ou tinham uma baixa ECG (Escala de coma de Glasgow)

speaking; had dementia or remained confused or had a low GCS (Glasgow Coma Scale) until their discharge from ICU; were unable to communicate until their discharge from ICU; had severe sensory impairment; or were deemed terminally ill (for example, were receiving palliative care).

Ethics

The study was approved by the Joint University College London/University College London Hospitals Committee on the Ethics of Human Research.

Procedure

ICU patient lists were checked daily to identify eligible participants who had received level three care during their stay. After being assessed for capacity by a health psychologist (the first author), and giving informed consent, patients completed a psychological questionnaire. Patients found to have current confusion or inability to communicate were recruited later in their stay, if and when these problems had resolved. Clinical and socio-demographic data were collected from electronic patient notes held in the ICU. Three months after discharge from the ICU, patients were sent a postal questionnaire, which included measures of PTSD, depression, anxiety, Health-Related Quality of Life (HRQL) and socio-economic circumstances.

Data collection

Socio-demographic data recorded include age, gender, ethnicity and socio-economic position, measured using the National Statistics Socio-Economic Classification [25]. The NS-SEC is a measure of employment relations and conditions of occupations, and is the most widely used measure of socio-economic positions in official UK statistics. The self-coded version of the NS-SEC used in this study has five classes of occupation: managerial and professional; intermediate; small employers and own account workers; lower supervisory and technical; semi-routine and routine. A sixth unclassified category was added.

Clinical data include: type of admission (elective surgical, emergency surgical, non-surgical), source of admission (theatre, ward, Accident & Emergency, other), acute physiology and chronic health evaluation II score (APACHE II) [26], length of stay (days), days of organ support, type of organ support, an infection biomarker (C-

até à sua alta da UCI; eram incapazes de comunicar até a sua alta da UCI; tinham uma deficiência sensorial grave; ou foram classificados como doentes em estado terminal (por exemplo, recebiam cuidados paliativos).

Ética

O estudo foi aprovado pela *Joint University College London/University College London Hospitals Committee on the Ethics of Human Research*.

Procedimento

As listas de pacientes da UCI foram verificadas diariamente para identificar os participantes elegíveis que receberam cuidados de nível três durante a sua estadia. Depois de serem avaliadas as capacidades dos pacientes por um psicólogo de saúde (o primeiro autor), e dar o consentimento informado, os pacientes preencheram um questionário para avaliação psicológica. Os pacientes categorizados momentaneamente como confusos ou incapazes de comunicar foram recrutados mais tarde na sua estadia, se e quando esses problemas tinham sido resolvidos. Os dados clínicos e sociodemográficos foram juntados a partir de notas eletrónicas de pacientes mantidos na UCI. Três meses após a alta da UCI, os pacientes receberam um questionário postal, que incluiu medidas do transtorno de stress pós-traumático, depressão, ansiedade, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) e circunstâncias socioeconómicas.

Recolha de dados

A informação sociodemográfica registada inclui a idade, o sexo, a etnia e a posição socioeconómica, recolhida utilizando as Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais [25]. A Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais é uma medida de relações de trabalho e de condições dos encargos, e é a medida mais usada das posições socioeconómicas nas estatísticas oficiais do Reino Unido. A versão autocodificada das Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais utilizada neste estudo tem cinco classes de ocupação: profissões/órgãos diretivos; profissões intermédias; pequenos empregadores e trabalhadores por conta própria; supervisão menor e técnico; semirrotinas e rotina. Foi adicionada uma sexta categoria não classificada.

Os dados clínicos incluem: tipo de admissão (cirúrgica eletiva, emergência cirúrgica, não cirúrgica), fonte de admissão (sala de operações, enfermaria, acidente e emergência, outros), pontuação II (APACHE II) [26] fisiologia aguda e avaliação da saúde crónica, tempo de permanência (dias) dias de suporte artificial dos órgãos, tipo de apoio do órgão, um biomarcador de infeção (proteína C reativa) e a maior pontuação de intervenção terapêutica (Sistema de Pontuação da Intervenção Terapêutica, TISS) durante o internamento [27]. A

reactive protein) and highest therapeutic intervention (Therapeutic Intervention Scoring System, TISS) score during the admission [27]. The TISS score reflects the type and number of intensive care interventions received, with points added for each intensive care activity. Data on drugs administered included exposure to sleep medications (mainly zopiclone), benzodiazepines, anaesthetic agents (mainly propofol), antipsychotics, inotropes and vasopressors, systemically-administered corticosteroids, and opioids; number of psychoactive drug groups received (0 to 7); and the number of days patients were sedated.

Information on “chronic health” factors (chronic physical conditions, psychological history and alcohol use) was obtained from electronic medical records held in the ICU.

Psychological measures

All acute psychological reactions were assessed once a patient was able to respond to questions. Mood in intensive care was measured with 15 items (on anger, anxiety, depression, positive mood and confusion) from the validated Profile of Mood States [28]. Stress reactions were assessed using a newly developed 18-item intensive care stress reactions scale (ICUSS) as validated stress questionnaires did not contain items relevant to the ICU context. The ICUSS has four subscales: “physical stress” (difficulty breathing, pain, discomfort from tubes, anxiety about breathing), “delirious symptoms” (hallucinations, nightmares, disorientation, agitation), control (communication, control, confidence, information) and support (dignity, emotional support).

Memory items, (on being admitted to the ICU, the ICU stay, and presence and content of early intrusive memories in the ICU), were developed with guidance from Professor Brewin, an expert in intrusive memories and stress. The content of intrusive memories was qualitatively assessed as “factual” (real experiences in the ICU) or “unreal” (hallucinations or delusions experienced in the ICU). The validated Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) [29] was used to measure patients’ subjective illness perceptions including “timeline” (how long they believed their illness would last).

Outcome measures

pontuação TISS reflete o tipo e o número de intervenções recebidas nos cuidados intensivos, com pontos adicionais para cada atividade de cuidados intensivos. Os dados sobre fármacos administrados incluíram exposição a medicamentos para dormir (principalmente zopiclona), benzodiazepina, anestésicos (principalmente propofol), antipsicóticos, inotrópicos e vasopressores, corticosteróides sistemicamente administrados e opiáceos; número de grupos de drogas psicoativas recebidos (de 0 a 7); e o número de dias que os pacientes foram sedados.

As informações sobre os fatores “crônicos de saúde” (condições físicas crônicas, história psicológica e uso de álcool) foram obtidas a partir de registos médicos eletrónicos mantidos na UCI.

Medidas psicológicas

Todas as reações psicológicas agudas foram avaliadas assim que o paciente foi capaz de responder a perguntas. O humor na unidade de cuidados intensivos foi medido com 15 itens (em raiva, ansiedade, depressão, humor positivo e a confusão) a partir do perfil validado dos Estados de Humor [28]. As reações de stress foram avaliadas utilizando uma escala de reações de stress nos cuidados intensivos (ICUSS) com 18 itens, recentemente desenvolvida, uma vez que os questionários validados de stress não continham itens relevantes para o contexto da UCI. O ICUSS tem quatro subescalas: "stress físico" (dificuldade em respirar, dor, desconforto devido a tubos, ansiedade ao respirar), "sintomas delirantes" (alucinações, pesadelos, desorientação, agitação), controle (comunicação, controle, confiança, informação) e apoio (dignidade, apoio emocional).

Os itens da memória, (em ser internado na UCI, a estadia na UCI, e a presença e o conteúdo de memórias intrusivas do início na UCI), foram desenvolvidos com a orientação do Professor Brewin, um especialista em memórias intrusivas e stress. O conteúdo das memórias intrusivas foi avaliado qualitativamente como "factual" (experiências reais na UCI) ou "irreal" (alucinações ou delírios vividos na UCI). O Questionário de Percepção de Doença versão Breve (BIPQ) [29] foi utilizado para avaliar as percepções subjetivas da doença dos pacientes, incluindo uma “tabela cronológica” (quanto tempo acreditavam que a sua doença iria demorar).

Three months later, PTSD symptoms were assessed using the Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), a well-validated instrument including a 17-item severity scale [30]. We selected the PDS as it conforms to diagnostic criteria for PTSD [5] and has high diagnostic agreement with the gold-standard Structured Clinical Interview for PTSD. Using a cut-point of 18 (on a scale of 0 to 51), shown to be a highly efficient scoring method [31], the PDS severity scale has sensitivity of 0.86, specificity of 0.87 and an overall efficiency of 0.87. Participants were asked to answer questions in relation to a specific trauma (in this case, admission to intensive care) according to PDS authors' instructions. Symptoms of depression were measured with the 20-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [32], the most widely used measure of depression in epidemiological studies, validated for intensive care patients [33] and many other populations. We used a cut-point of 19 (on a scale of 0 to 60) rather than the usual 16, as recommended to deal with the effect of somatic items in patients with medical illness [34].

We assessed anxiety at three months using a validated short form of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [35], a widely used questionnaire in many populations and health conditions. We used a cut-point of 44 (range of scores 0 to 80) as recommended for studies of medically ill patients [36]. The SF-12, extensively evaluated to establish reliability and validity, was used to measure quality of life. It yields mental and physical summary scales, transformed to have a mean of 50 and SD of 10 [37]. The follow-up questionnaire included an item about current or past psychological issues but few patients answered it, so we relied on electronic medical records to obtain details of psychological history. Three months was deemed a suitable time-point to measure outcomes, including acute PTSD [5], and to examine relationships between ICU clinical and stress factors and psychological outcomes.

Power

To obtain an initial estimate of the sample size required, a clinically significant difference in PTSD scores between two groups, defined by a binary risk factor (for example, sex), was deemed to be 10 points on the PDS [30]. For this effect size, 80% power and 5% significance, 34 patients were required in each of the two groups. As the analyses were to be carried out using multiple regression, with both continuous and categorical risk factors, the sample size needed to be inflated. With the initial

Avaliação das consequências

Três meses depois, os sintomas do TEPT foram avaliados utilizando a escala do Diagnóstico de Stress Pós-traumático (PDS), um instrumento bem validado, que inclui uma escala de gravidade de 17 itens [30]. Selecionamos o PDS pois está em conformidade com os critérios do diagnóstico para o TEPT [5] e tem uma alta concordância diagnóstica com a Entrevista Clínica Estruturada de referência para o TEPT. Utilizando um ponto de corte de 18 (numa escala de 0 a 51), que tem demonstrado ser um método de pontuação altamente eficiente [31], a escala de gravidade PDS tem uma sensibilidade de 0,86, especificidade 0,87 e de uma eficiência global de 0,87. De acordo com as instruções dos autores os participantes foram convidados a responder a perguntas em relação a um trauma específico (neste caso, a admissão nos cuidados intensivos) do PDS. Os sintomas de depressão foram medidos com a Escala de Depressão com 20 itens do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) [32], a medida de depressão mais usada nos estudos epidemiológicos, validado para pacientes de terapia intensiva [33] e muitas outras populações. Utilizamos um ponto de corte de 19 (numa escala de 0 a 60) em vez dos habituais 16, conforme recomendado para lidar com os efeitos dos itens somáticos em pacientes com doenças médicas [34].

Avaliamos a ansiedade no terceiro mês usando uma versão abreviada validada do Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE) [35], um questionário amplamente utilizado em muitas populações e condições de saúde. Utilizamos um ponto de corte de 44 (alcance da pontuação de 0 a 80), conforme recomendado para o estudo de pacientes medicamente assistidos [36]. O SF-12, amplamente avaliado para estabelecer a fiabilidade e validade, foi utilizado para medir a qualidade de vida. Produz resumos de escalas mentais, transformadas para ter uma média de 50 e DP de 10 [37]. O questionário seguinte incluiu um item sobre problemas psicológicos atuais ou passados, mas poucos pacientes responderam, por isso nos apoiamos em registros médicos eletrônicos para obter informações da história psicológica. Três meses foram considerados um ponto do tempo adequado para medir os resultados, incluindo o TEPT agudo [5], e examinar as relações entre fatores clínicos e de stress na UCI e resultados psicológicos.

Robustez

Para obter uma estimativa inicial do tamanho da amostra necessária, uma diferença clinicamente significativa na pontuação do TEPT entre dois grupos, definida por um fator de risco binário (por exemplo, sexo), foi considerado 10 pontos sobre o PDS [30]. Para este efeito de tamanho, 80% de poder e 5% de significância, foram necessários 34 pacientes em cada um dos dois grupos. À medida que as análises estavam a ser realizadas por meios de regressão múltipla, com fatores de risco tanto contínuos como categóricos, o tamanho da

sample size of 68, a correlation coefficient of 0.3 between a continuous risk factor and outcome could be detected [38]. To detect the same correlation coefficient (0.3) between a risk factor and outcome in a multiple regression model where all other variables in the model explained 30% of the total variation in outcome, calculations indicated that the sample size needed to be inflated by 40% [38]. This yielded a total sample size of 95 patients. A drop-out rate of approximately 30% was estimated on the basis of previous experience, raising the recruitment required to approximately 140 patients. During the study, the drop-out rate was higher than expected (36%) and 17 extra patients were recruited to ensure that the study retained power.

Statistical analysis

All statistical analyses were conducted using SPSS for Windows (version 14) (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

Distributions of risk factors were assessed with frequency histograms and statistical tests for normality. Ordinary least squares regression models were used with PTSD and other outcomes treated as continuous variables. Model building was carried out in stages so that highly correlated variables (which confounded each other) were not included in the same model and to ensure parsimony of the final model. To facilitate this, four groups of risk factors (clinical, acute psychological, socio-demographic and chronic health) were pre-defined.

(i) *Univariable analysis*. In this stage of analysis, each risk factor was related to each outcome to estimate unadjusted associations. Correlations, t-tests and one-way analysis of variance were used with, respectively, continuous, binary and categorical risk factors. Spearman's rank correlation coefficients were used if continuous risk factors were not normally distributed.

(ii) *Multivariable analysis*. In recognition of the number of potential variables being tested in these analyses and the associated implications for sample size, a two-stage multivariable process was used.

Stage one: Separate multivariable models were built for each outcome from risk factors within each of the four groups (clinical, acute psychological, socio-demographic and chronic health) to identify the "strongest" risk factors from each group. Risk factors included in this first stage of multivariable analysis were those

amostra necessitou de ser alargado. Com o tamanho inicial da amostra de 68, poderia ser detetado um coeficiente de correlação de 0,3 entre um fator de risco contínuo e os resultados [38]. Para detetar o mesmo coeficiente de correlação (0,3) entre um fator de risco e o resultado de um modelo de regressão múltipla em que todas as outras variáveis do modelo explicaram 30% da variância total nos resultados, os cálculos indicaram que o tamanho da amostra necessitou de ser alargado em 40% [38]. Isto originou um tamanho de amostra total de 95 pacientes. Estimou-se uma taxa de abandono de cerca de 30%, que foi calculada com base na experiência anterior, aumentando o recrutamento necessário para aproximadamente 140 pacientes. Durante o estudo, a taxa de abandono foi maior do que esperado (36%) e foram recrutados 17 pacientes adicionais para assegurar que o estudo pudesse continuar.

A análise estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS para Windows (versão 14) (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA).

A distribuição de fatores de risco foi avaliada com os histogramas de frequência e testes estatísticos de normalidade. Os modelos de regressão de mínimos quadrados normais foram utilizados com o TEPT e outros resultados tratados como variáveis contínuas. A construção de modelos foi realizada em fases de modo que as variáveis altamente correlacionadas (que se confundem entre elas) não foram incluídas no mesmo modelo e para assegurar parcimónia do modelo final. Para facilitar isso, quatro grupos de fatores de risco (clínico, psicológica agudo, sociodemográfico e saúde crónica foram pré-definidos.

- (i) Análise univariável. Nesta fase de análise, cada fator de risco foi relacionado com cada complicação para estimar associações não ajustadas. Correlações, testes t e análises unilaterais de variância foram utilizados com fatores de risco contínuos, binários e categóricos respetivamente. Foram utilizados os coeficientes de correlação do RHO de *Spearman* se os fatores de risco contínuos não se encontravam distribuídos normalmente.
- (ii) Análise multivariada. Em reconhecimento do número de potenciais variáveis que estão a ser testadas nestas análises e as implicações associadas para o tamanho da amostra, foi usado um processo de múltiplas variáveis em duas fases.

Primeira etapa: modelos multivariados independentes foram construídos para cada resultado de fatores de risco em cada um dos quatro grupos (clínico, psicológica agudo, sociodemográfico e saúde crónica) para identificar os fatores de risco "mais fortes" de cada grupo. Os fatores de risco incluídos nesta primeira etapa de análise multivariada foram aqueles que mostraram associações significativas não ajustadas ($P < 0,05$) com

that showed significant unadjusted associations ($P < 0.05$) with outcomes in univariable analysis. This first stage of multivariable analysis was not carried out for a group where two or fewer significant risk factors were identified in the univariable analysis. No more than eight variables were entered into a regression in this stage of multivariable analysis due to the sample size of 100 (a rule of thumb is to have 10 to 15 times more observations than variables).

Stage two: The strongest risk factors from each group identified in the first stage of multivariable analysis (based on an adjusted significance level of $P < 0.01$), were entered in a final series of multiple regressions to assess whether factors from different groups were independent of each other (also based on a significance level of $P < 0.01$). Factors were entered in the following order: socio-demographic, clinical, chronic physical, acute psychological and psychological history (at this stage of analysis, chronic factors were split up into chronic physical and psychological history). Residuals were found to be normally distributed in all multivariable models with no evidence of multicollinearity.

Results

A total of 157 level three patients were assessed before discharge from the ICU, and 100 patients (64%) were followed up at three months (see Figure 1). Most patients were mechanically ventilated for more than 24 hours, and most were sedated with benzodiazepines or anaesthetic agents (Table 1). Patients had elevated mean scores for mood disturbance and stress reactions in ICU (Table 2). Some 65 to 75% had hallucinations, agitation and nightmares. Memory impairment, including amnesia for time spent in ICU or unwanted intrusive memories of intensive care, were common.

Subsequently, the incidence of probable PTSD at three months was 27.1% (95%CI: 18.3%, 35.9%). Prevalence of probable depression was 46.3% (95% CI: 36.5%, 56.1%) and anxiety 44.4% (95% CI: 34.6%, 54.2%). In all, 55% of patients had psychological morbidity at three months. There were 16% of patients with prior history of psychological morbidity (depression in all cases). Mean mental quality of life was 43.9 (95% CI: 41.6, 46.3), six points below the population norm (50). Mean physical quality of life was 34.4 (95% CI: 32.3, 36.6), 16 points below the norm.

resultados na análise univariada. Esta primeira fase de análise multivariada não foi realizada por um grupo onde dois ou menos fatores de risco significativos foram identificados na análise univariada. Não mais do que oito variáveis foram inseridas numa regressão nesta fase de análise multivariada devido ao tamanho da amostra de 100 (a regra de ouro é ter de 10 a 15 vezes mais observações do que variáveis).

Segunda etapa: Os fatores de risco mais fortes de cada grupo identificado na primeira fase da análise multivariada (com base num nível de significância ajustado de $P < 0,01$) foram introduzidos numa série final de regressões múltiplas para avaliar se os fatores de diferentes grupos foram independentes um do outro (também baseado num nível de significância de $P < 0,01$). Os fatores foram inseridos na seguinte ordem: sociodemográficos, clínicos, físico-crónicos, psicológico agudos e história psicológica (nesta fase da análise, os fatores crónicos foram divididos em história crónica física e psicológica). Constatou-se a distribuição normal dos resíduos distribuídos em todos os modelos multivariáveis sem evidência de multicolinearidade.

Resultados

Um total de 157 pacientes de nível três foram avaliados antes da alta da UCI, e 100 pacientes (64%) foram acompanhados por três meses (ver Figura 1). A maioria dos pacientes foram submetidos à ventilação mecânica por mais de 24 horas, e a maioria foram sedados com benzodiazepinas ou anestésicos (Tabela 1). Os pacientes tiveram resultados médios elevados para a perturbação de humor e reações de stress na UCI (Tabela 2). Cerca de 65 a 75% tiveram alucinações, agitação e pesadelos. Foram comuns a perda de memória, incluindo amnésia para o tempo passado na UCI, ou memórias intrusivas indesejadas dos cuidados intensivos.

Subsequentemente, a incidência provável do TEPT a três meses foi de 27,1% (95% CI: 18,3%, 35,9%). A prevalência de depressão provável foi de 46,3% (IC 95%: 36,5%, 56,1%) e ansiedade 44,4% (IC 95%: 34,6%, 54,2%). No total, 55% dos pacientes tinham morbilidade psicológica a três meses. 16% dos pacientes tinham uma história prévia de morbilidade psicológica (depressão em todos os casos). A média da qualidade de vida mental foi de 43,9 (IC 95%: 41,6, 46,3), seis pontos abaixo da norma da população (50). A média da qualidade de vida física foi de 34,4 (IC 95%: 32,3, 36,6), 16 pontos abaixo da norma.

All psychological measures used had reliability (internal consistency), using Cronbach's alpha (0.91 for Profile of Mood States (POMS); 0.93 for PDS; 0.91 for CES-D; and 0.88 for STAI). After principal components analysis, the ICU stress reactions scale was found to have four factors: physical stress, delirious symptoms, personal control and support. The total scale and three subscales were reliable (Cronbach's alphas: 0.83 (total); 0.78 (personal control); 0.74 (delirious symptoms); 0.75 (physical stress)). ICU stress reactions scores were highly correlated with POMS [28] scores ($r = 0.73$, $P < 0.01$), suggesting concurrent validity. ICU stress reaction scores were also highly correlated with PTSD, depression and anxiety at three months, suggesting predictive validity.

PTSD

Because of the number of risk factors and outcomes investigated, the full three-stage statistical analysis is reported for PTSD only in the main paper. However, the same process was used for each outcome (see Tables 3 and 4 for univariable analyses of secondary outcomes, and Additional file 1 for further multivariable analyses tables).

Univariable analysis – PTSD

Clinical risk factors significantly associated with PTSD were higher TISS scores, number of organs supported, days of mechanical ventilation, days of advanced cardiovascular support, days of sedation, number of drug groups and C-reactive protein during admission; and use of benzodiazepines, inotropes/vasopressors and anti-psychotics (see Table 3). Significant acute psychological risk factors for PTSD were total mood disturbance in ICU, ICU stress reactions (including delirious symptoms), loss of memory in ICU, early intrusive memories in ICU and three illness perceptions (Table 4). Patients with ICU memory loss were more likely to have early intrusive memories (62% vs 39%, $P < 0.05$). No socio-demographic factors were significantly associated with PTSD. Psychological history and alcohol use were significant "chronic health" risk factors.

Multivariable analysis (stage one) – PTSD

All significant factors identified by univariable analysis were now entered into three separate regressions, according to group (there was no socio-demographic group for

Todas as medidas psicológicas utilizadas tiveram a fiabilidade (consistência interna), utilizando Cronbach's alfa (0,91 para Perfil dos Estados de Humor (POMS); 0,93 para PDS; 0,91 para a CES-D, e 0,88 para IDATE). Após a análise dos quatro fatores: stress físico, sintomas delirantes, controle pessoal e apoio. A escala total e três subescalas foram fiáveis (Cronbach's alphas: 0,83 (total); 0,78 (controle pessoal); 0,74 (sintomas delirantes), 0,75 (stress físico)). Os resultados das reações de stress na UCI foram altamente correlacionadas com os pontos do POMS [28] ($r = 0,73$, $P < 0,01$), sugerindo uma validade concorrente. Os resultados da reação de stress da UCI também foram altamente correlacionados com o TEPT, depressão e ansiedade a três meses, sugerindo validade preditiva.

TEPT

Devido ao número de fatores de risco e os resultados investigados, a análise estatística de três estágios completa é analisada para o TEPT apenas no artigo principal. No entanto, o mesmo processo foi utilizado para cada resultado (ver tabelas 3 e 4 para análises univariáveis de resultados secundários e o ficheiro adicional 1 para tabelas de análises multivariadas).

Análise univariada - TEPT

Os fatores clínicos de risco significativamente associados ao TEPT tiveram maiores resultados de TISS, o número de órgãos suportados, dias de ventilação mecânica, dias de suporte cardiovascular avançado, dias de sedação, o número de grupos de drogas e proteína C-reativa durante a estadia e uso de benzodiazepinas, inotrópicos/vasopressores e anti-psicóticos (ver Tabela 3). Fatores de risco psicológicos agudos significativos para o TEPT foram o distúrbio total de humor na UCI, reações de stress na UCI (incluindo sintomas delirantes), perda de memória na UCI, memórias intrusivas precoces na UCI e três percepções de doença (Tabela 4). Os pacientes com perda de memória na UCI tinham mais probabilidades de ter memórias intrusivas precoces (62% vs 39%, $P < 0,05$). Nenhum fator sociodemográfico foi significativamente associado com o TEPT. A história psicológica e o uso de álcool foram fatores de risco "crónicos de saúde" significativos.

A análise multivariada (primeira fase) – TEPT

Todos os fatores significativos identificados pela análise univariada foram inseridos em três regressões separadas, de acordo com o grupo (não havia nenhum grupo

PTSD). Within the clinical group, the strongest risk factors for PTSD were days of sedation, use of benzodiazepines, use of antipsychotics and use of inotropes or vasopressors (see Additional file 1, Table S1). Within the acute psychological group, the strongest risk factors were total ICU mood, intrusive memories and perceived illness timeline (Additional file 1, Table S2). Within the chronic health group, psychological history and alcohol use remained significant (Additional file 1, Table S3).

Multivariable analysis (stage two) – PTSD

The strongest risk factors from the groups identified by stage one multivariable analysis were now entered together in a final multiple regression (Table 5). As there were nine variables, the weakest of the four clinical factors (inotropes) was not included in this regression. Increasing duration of sedation was shown to be the strongest clinical risk factor for PTSD (Table 5, column 1). Overall, the strongest independent risk factors for PTSD were three acute psychological factors (ICU mood, intrusive memories and perceived illness timeline) and a chronic factor, psychological history (Table 5, column 3).

Depression and anxiety

For secondary outcomes, depression and anxiety, only stage two of multivariable analysis is reported here. See Additional file 1, Tables S4-S6 for stage one multivariable analyses carried out for depression and anxiety.

Stage two multivariable analysis – depression

Receiving benzodiazepines in intensive care was the strongest clinical risk factor for depression (Table 6, column 1) after adjusting for socio-demographic factors. ICU mood, socio-economic position and psychological history were the strongest independent risk factors for depression in the fully adjusted model (Table 6, column 3).

Stage two multivariable analyses – anxiety

Receiving inotropes or vasopressors was the strongest clinical risk factor for higher anxiety (Table 7, column 1). Socio-economic position, chronic physical health, ICU

sociodemográfico para o TEPT). Dentro do grupo clínico, os fatores de risco mais fortes para TEPT foram os dias de sedação, o uso de benzodiazepinas, o uso de antipsicóticos e uso de inotrópicos ou vasopressores (ver arquivo adicionais 1, Tabela S1). Dentro do grupo psicológico agudo, os fatores de risco mais fortes foram o humor total na UCI, memórias intrusivas e cronograma da doença percebida (Arquivo adicional 1, Tabela S2). Dentro do grupo de saúde crónico, a história psicológica e o uso de álcool permaneceram significativos (Arquivo adicional 1, Tabela S3).

Análise multivariada (fase dois) – TEPT

Os fatores de risco mais fortes dos grupos identificados pela primeira fase de análise multivariada foram agora inseridos em conjunto num final de regressão múltipla (Tabela 5). Como havia nove variáveis, o mais frágil dos quatro fatores clínicos (inotrópicos) não foi incluído nesta regressão. O aumento da duração de sedação foi demonstrado como o maior fator de risco clínico para o TEPT (Figura 5, coluna 1). Em geral, os mais fortes fatores de risco independentes para TEPT foram três fatores psicológicos agudos (humor na UCI, memórias intrusivas e cronograma de doença percebido) e um fator crónico, história psicológica (Tabela 5, coluna 3).

Depressão e ansiedade

Para resultados secundários, a depressão e a ansiedade, apenas a segunda fase da análise multivariada é relatada aqui. Ver o Arquivo adicional 1, Tabelas S4-S6 para a primeira fase da análise multivariada realizada para a depressão e a ansiedade.

Segunda fase de análise multivariada – depressão

Receber benzodiazepinas nos cuidados intensivos foi o fator de risco clínico mais forte para a depressão (Tabela 6, coluna 1), após o ajuste para os fatores sociodemográficos. O humor na UCI, a posição socioeconómica e a história psicológica foram os fatores de risco independentes mais fortes para a depressão no modelo totalmente ajustado (Tabela 6, coluna 3).

Segunda fase da análise multivariada – ansiedade

A receção de inotrópicos ou vasopressores foi o fator de risco clínico mais forte para uma ansiedade maior (Tabela 7, coluna 1). A posição socioeconómica, a saúde física crónica, o

mood and psychological history were the strongest independent risk factors for anxiety in the final model (Table 7, column 3).

Multivariable analyses - quality of life (mental component)

As relatively few risk factors were identified for quality of life in univariable analyses, only one stage of multivariable analysis was necessary (Additional file 1, Table S7). Use of inotropes or vasopressors was the strongest clinical risk factor for worse mental quality of life (mean difference = -4.21 points on the SF-12 mental summary scale (95% CI: -8.45, 0.03)). ICU mood, chronic physical health and socio-economic position were the strongest independent risk factors for mental quality of life in the fully adjusted model.

Multivariable analysis - quality of life (physical component)

Better physical quality of life was most strongly associated with ICU steroid usage (mean difference = 4.81 points on the SF-12 physical summary scale, (95% CI: 1.66, 9.27) $P < 0.05$). Steroids confounded the effect of chronic physical conditions on physical quality of life. Use of anaesthetic agents and the illness perception “timeline” were also independent predictors of better physical quality of life (see Additional file 1, Table S8).

Relative contributions of risk factors

In the final regression models for PTSD, depression, anxiety (see Tables 5-7) and mental quality of life (Additional file 1, Table S7), the strongest clinical risk factors became weaker (effect sizes or unstandardised coefficients were reduced by up to a half) and were non-significant when acute psychological factors were added. This suggests that acute psychological reactions partially explained (or mediated) the effects of clinical risk factors on psychological outcomes. Additional mediational analyses carried out, but not reported here, confirmed that most associations between clinical risk factors and outcomes were mediated by acute psychological risk factors. Background factors, such as socio-economic position and chronic health (physical and psychological), were also strong, independent risk factors of psychosocial outcomes but did not confound the effects of acute psychological reactions in intensive care.

humor na UCI e história psicológica foram os fatores de risco independentes mais fortes para a ansiedade no modelo final (Tabela 7, coluna 3).

Análise multivariada – qualidade de vida (componente mental)

Como foram identificados relativamente poucos fatores de risco para a qualidade de vida nas análises univariadas, foi necessária apenas uma etapa de análise multivariada (Arquivo adicional 1, Tabela S7). O uso de inotrópicos ou vasopressores foi o fator de risco clínico mais forte para a pior qualidade de vida mental (diferença média = -4,21 pontos na escala SF-12 resumo mental (95% CI: -8,45, 0,03)). O humor na UCI, a saúde física crónica e a posição socioeconómica eram os fatores de risco independentes mais fortes para a qualidade de vida mental no modelo totalmente ajustado.

A análise multivariada – qualidade de vida (componente física)

A melhor qualidade de vida física foi fortemente associada com o uso de esteróides na UCI (diferença média = 4,81 pontos no resumo da escala física SF-12 (95% CI: 1,66, 9,27), $p < 0,05$). Os esteróides confundiram o efeito das condições físicas crónicas na qualidade de vida física. O uso de anestésicos e a percepção da doença "tabela cronológica" também foram preditores independentes de melhor qualidade de vida física (ver Arquivo adicional 1, Tabela S8).

Contribuições relativas de fatores de risco

Nos modelos de regressão finais para TEPT, depressão, ansiedade (ver Tabela 5-7) e a qualidade de vida mental (Arquivo adicional 1, Tabela S7), os fatores de risco clínicos mais fortes tornaram-se mais fracos (os tamanhos de efeito ou os coeficientes não estandardizados foram reduzidos até metade) e insignificativos, quando os fatores psicológicos agudos foram adicionados. Isto sugere que as reações psicológicas agudas explicam parcialmente (ou mediado) os efeitos dos fatores de risco clínicos nos resultados psicológicos. As análises de mediação adicionais realizadas, mas que não foram relatadas aqui, confirmaram que a maioria das associações entre os fatores de risco clínicos e os resultados foram mediados por fatores de risco psicológico agudos. Fatores de fundo, tais como a posição socioeconómica e a saúde crónica (física e psicológica), também foram fatores de risco fortes e independentes de resultados psicossociais, mas não confundiram os efeitos das reações psicológicas agudas em terapia intensiva.

Discussion

In this prospective study, we found that level three patients with mixed diagnoses suffer considerable psychological distress both during and following a general ICU admission. Three months after being discharged, 27% had probable PTSD symptoms, 46% had probable depression and 44% had anxiety. Our PTSD estimate is broadly consistent with a systematic review in which median point prevalence of PTSD was 22% [1] and the expectation that 25 to 30% of people develop PTSD after a trauma [39]. Post-ICU depression and anxiety rates were high in this study, compared to 28% depression reported in a systematic review [2] and anxiety rates varying from 5 to 43% [3]. The varying rates of morbidity may be explained by differences in populations, admission criteria, and methods and timing of assessments. We believe our prevalence estimates are credible due to the high quality of questionnaires used to measure psychological morbidity and the representativeness of our level three samples.

Patients had high mean scores for mood disturbance and stress (see Table 2) in response to sleep deprivation, difficulty breathing, pain, inability to communicate, low control, hallucinations and nightmares. These stress reactions were measured during their ICU admission. Previous studies measured stress in ICU retrospectively [17] or in sub-groups, such as chronically critically ill [6] or terminally ill [8] patients. The presence of delirium has been well documented in intensive care patients [9, 40]. In this study, we were interested in measuring specific delirium symptoms, such as hallucinations, nightmares and agitation, which we found to be at high levels.

Acute psychological risk factors for PTSD, identified in univariable analysis, include higher intensive care stress and delirious symptom scores (measured using the ICUSS). Associations were also found between ICU stress and delirious symptoms, and subsequent depression. However, in spite of moderate to large effect sizes, ICU stress and delirious symptoms were confounded by the variable ICU mood in the first stage of multivariable analysis. ICU mood and stress may have been overlapping variables [41] with mood showing slightly larger effect sizes. As one sub-scale in the ICU stress reactions scale was found unreliable and did not correlate with outcomes, omitting this sub-scale might increase the scale's utility in future.

Discussão

Neste estudo prospectivo, descobrimos que os pacientes do terceiro nível com diagnósticos mistos sofrem um considerável stress psicológico tanto durante como depois de uma admissão geral na UCI. Três meses após a alta hospitalar, 27% tinham sintomas de TEPT prováveis, 46% tinham depressão provável e 44% tinham ansiedade. A nossa estimativa do TEPT é consistente com uma revisão sistemática na qual a prevalência do ponto mediano de TEPT era de 22% [1] e a expectativa de que 25 a 30% das pessoas desenvolvem o TEPT após um trauma [39]. A depressão depois da UCI e as taxas de ansiedade foram elevadas neste estudo, em comparação com os 28% da depressão relatados numa revisão sistemática [2] e as taxas de ansiedade que variam de 5 a 43% [3]. As taxas variáveis de morbilidade podem ser explicadas pelas diferenças nas populações, critérios de admissão, métodos e tempos de avaliação. Acreditamos que as nossas estimativas de prevalência são credíveis devido à alta qualidade dos questionários utilizados para medir a morbilidade psicológica e a representatividade das nossas amostras de nível três.

Os pacientes tinham resultados médios altos de perturbação do humor e stress (ver a Tabela 2), em resposta à privação do sono, dificuldade em respirar, dor, incapacidade de comunicação, pouco controle, alucinações e pesadelos. Estas reações de stress foram medidas durante a sua estadia na UCI. Estudos anteriores mediram o stress na UCI, retrospectivamente, [17] ou em subgrupos, tais como pacientes com doenças crónicas graves [6] ou com doenças terminais [8]. A presença do delírio tem sido bem documentada em doentes de cuidados intensivos [9, 40]. Neste estudo, interessamo-nos em medir sintomas de delírio específicos, tais como as alucinações, pesadelos e a agitação, que encontramos em níveis elevados.

Os fatores de risco psicológicos agudos para o TEPT, identificados em análise univariada, incluem um maior stress e resultados de sintomas delirantes (medidos através de ICUSS) nos cuidados intensivos. Também foram encontradas associações entre o stress das UCI, os sintomas delirantes e depressão subsequente. No entanto, apesar dos tamanhos de efeitos de moderados a grandes, o stress na UCI e os sintomas delirantes foram confundidos pela variável de humor dos pacientes das UCI na primeira etapa de análise multivariada. O humor dos pacientes nas UCI e o stress podem ter sido variáveis sobrepostas [41] com o humor a demonstrar tamanhos de efeito ligeiramente maiores. Como uma subescala na escala de reações de stress nas UCI foi considerada pouco fiável e não correlacionou com os resultados, a omissão desta subescala pode aumentar a utilidade da escala no futuro.

The strongest acute psychological risk factors for PTSD identified in multivariable analysis were mood in the ICU, the perceived timeline of illness and early intrusive memories of intensive care. The strongest acute psychological risk factor for depression was also mood in the ICU. This mood variable was composed of symptoms, such as anger, nervousness, low mood and confusion. The first three are common stress reactions while the latter is arguably related to hypoxia, sedation or delirium. The identification of ICU mood as one of the strongest risk factors in the study suggests that emotional stress reactions in intensive care may be a trigger for, or early manifestation of, future psychological morbidity.

It was of interest that early intrusive memories in intensive care were associated with memory loss. Patients who remembered little of their ICU stay were more likely to have early intrusive memories than those who remembered more. It is known that periods of unconsciousness do not preclude the development of intrusive memories [42]. Other ICU studies emphasise the relationship between “delusional” memories and PTSD [12, 20] but in our study there was no significant difference in outcomes between patients with factual or delusional intrusive memories. There is no consensus in the wider PTSD literature about the significance of early intrusive memories that immediately follow a trauma. Some studies predict successful recovery, but others predict a worse outcome [39].

Turning to clinical risk factors, it was of interest that many variables, such as TISS score [27], duration of mechanical ventilation and cardiovascular support, number of organs supported, drug groups given and length of sedation, were associated with PTSD in the univariable analysis. These results suggest that a level three admission, particularly when it involves multiple drugs and escalating invasive interventions, may be a traumatic stressor that can trigger PTSD symptoms if the patient survives.

During the first stage of multivariable analysis it emerged that the strongest clinical risk factors for PTSD were drug-related variables, particularly the number of days of sedation. In previous studies, PTSD was found to be associated with other aspects of sedation [12, 17, 18, 21]. Our study also found strong associations in the first stage of multivariable analysis between other ICU drugs and psychological outcomes, including benzodiazepines and depression; inotropes/vasopressors and anxiety; and

Os fatores de risco psicológico agudos mais fortes para o TEPT identificados na análise multivariada foram o humor na UCI, o cronograma percebido da doença e o início de memórias intrusivas dos cuidados intensivos. O fator de risco psicológico agudo mais forte para a depressão também foi o humor na UCI. Esta variável de humor foi composta de sintomas, tais como a raiva, nervosismo, mau humor e confusão. Os três primeiros são reações de stress comuns, enquanto o último é possivelmente relacionado à hipoxia, sedação ou delírio. A identificação do humor na UCI como um dos fatores de risco mais fortes do estudo sugere que as reações de stress emocional nos cuidados intensivos pode ser um estímulo para, ou manifestação precoce de uma futura morbidade psicológica.

Foi de interesse que as memórias intrusivas iniciais nos cuidados intensivos foram associadas com a perda de memória. Os pacientes que se lembraram pouco da sua estadia na UCI tiveram mais probabilidades de ter memórias intrusivas iniciais do que aqueles que se lembraram mais. Sabe-se que os períodos de inconsciência não impedem o desenvolvimento de memórias intrusivas [42]. Outros estudos da UCI enfatizam a relação entre as memórias "delirantes" e o TEPT [12, 20], mas, no nosso estudo, não houve uma diferença significativa nos resultados entre os pacientes com memórias intrusivas fatais ou delirantes. Não há um consenso na literatura do TEPT mais ampla sobre a importância das memórias intrusivas iniciais que seguem imediatamente um trauma. Alguns estudos preveem uma boa recuperação, mas outros preveem um resultado pior [39].

Passando para os fatores de risco clínicos, foi de interesse que muitas variáveis, tais como a pontuação TISS [27], a duração da ventilação mecânica e o suporte cardiovascular, o número de órgãos suportados, o grupo de medicamentos dado e a duração da sedação, foram associados com TEPT na análise univariada. Estes resultados sugerem que a admissão do nível três, particularmente quando se trata de múltiplos fármacos e intervenções escaladas invasivas, pode ser um stressor traumático que pode desencadear sintomas do TEPT se o paciente sobreviver.

Durante a primeira fase de análise multivariada, verificou-se que os fatores de risco clínicos mais fortes para TEPT foram variáveis relacionadas com os fármacos, nomeadamente o número de dias de sedação. Em estudos anteriores, o TEPT foi associado com outros aspetos de sedação [12, 17, 18, 21]. O nosso estudo também constatou fortes associações na primeira fase da análise multivariada, entre outros medicamentos da UCI e resultados psicológicos, incluindo benzodiazepinas e depressão; inotrópicos/vasopressores e a ansiedade, e tanto esteroides como agentes anestésicos (principalmente propofol) com melhor qualidade de vida física.

both steroids and anaesthetic agents (mainly propofol) with improved physical quality of life.

It has been hypothesised that benzodiazepines trigger depression by reducing central monoamine activity [43]. The association between benzodiazepine use in the ICU and delirium [11, 12] also suggests pathways leading to long-term psychological morbidity. The association between inotropes and vasopressors in intensive care and subsequent anxiety has not previously been reported, although receiving noradrenaline or adrenaline was associated with short-term anxiety in medical patients [44]. These medications are known to enhance emotional memories [39], which are prominent in anxiety disorders. However, patients receiving inotropes and vasopressors are at risk for inadequate brain perfusion. Therefore, it should not be assumed the association is causal.

Regarding the association between corticosteroids and improved physical quality of life, it could be hypothesised that steroids offer protection by modifying the inflammatory response. In another study, patients receiving steroids in intensive care had a lower rate of PTSD [45]. However, caution is needed as the use of corticosteroids in intensive care has previously been associated with long-term physical impairments [46].

Few socio-demographic risk factors were identified in the analyses, perhaps suggesting that the stressful effects of intensive care transcend age or gender. However, lower socio-economic position was found to predict depression, anxiety and mental quality of life, although not PTSD. It may be that PTSD symptoms are directly triggered by traumatic experiences in intensive care, while depression and anxiety at three months are more affected by socio-economic factors. No previous studies of psychological outcomes after intensive care included a valid measure of socio-economic position, although this has been shown to predict mortality in ICU patients [4, 47].

The most important finding in this study was that acute psychological reactions were among the strongest risk factors for post-ICU psychological morbidity. The second stage of multivariable analysis demonstrated that associations between clinical factors, such as duration of sedation, and outcomes, such as PTSD, were weakened

Levantou-se a hipótese de que as benzodiazepinas estimulam a depressão devido a redução da atividade central da monoamina [43]. A associação entre o uso de benzodiazepinas na UCI e o delírio [11, 12] também sugere vias que levam à morbidade psicológica a longo prazo. A associação entre os inotrópicos e os vasopressores nos cuidados intensivos e a ansiedade subsequente não foi anteriormente relatada, embora o recebimento de noradrenalina ou adrenalina fosse associado com a ansiedade a curto prazo em pacientes clínicos [44]. Estes medicamentos são conhecidos por aumentar as memórias emocionais [39], que são proeminentes em transtornos de ansiedade. No entanto, os pacientes que receberam inotrópicos e vasopressores estão em risco de uma perfusão cerebral inadequada. Portanto, não se deve assumir que a associação é causal.

Em relação à associação entre os corticosteroides e a melhoria da qualidade de vida física, pode levantar-se a hipótese de que os esteroides oferecem proteção ao modificar a resposta inflamatória. Num outro estudo, os pacientes que receberam esteroides nos cuidados intensivos tiveram uma menor taxa de TEPT [45]. No entanto, é preciso cautela quanto ao uso de corticosteroides em cuidados intensivos uma vez que já foram associados com deficiências físicas a longo prazo [46].

Poucos fatores de risco sociodemográficos foram identificados na análise, talvez sugerindo que os efeitos stressantes do cuidado intensivo transcendem a idade ou o sexo. No entanto, constatou-se que a posição socioeconómica mais baixa prevê a depressão, a ansiedade e qualidade de vida mental, embora não o TEPT. Pode ser que os sintomas do TEPT sejam diretamente desencadeados pelas experiências traumáticas nos cuidados intensivos, enquanto a depressão e ansiedade a três meses são mais afetadas por fatores socioeconómicos. Nenhum estudo anterior de resultados psicológicos após o tratamento intensivo incluiu uma medida válida da posição socioeconómica, embora isso tenha demonstrado prever a mortalidade em pacientes da UCI [4, 47].

A descoberta mais importante deste estudo foi que as reações psicológicas agudas estão entre os fatores de risco mais fortes para a morbidade psicológica depois da UCI. A segunda fase da análise multivariada demonstrou que a associação entre fatores clínicos tais como a duração da sedação, e resultados como o TEPT, foram enfraquecidos quando os fatores psicológicos agudos foram adicionados à regressão. Isto sugere que os efeitos

when acute psychological factors were added to the regression. This suggests that the effects of clinical factors on outcomes were partially explained (or mediated) by acute psychological reactions. It is important to note that the effects of acute stress reactions in the ICU on outcomes were not confounded by psychological history. Thus, stress in the ICU was found to contribute to future psychological morbidity independently of pre-existing psychological problems.

These results suggest that, as well as modifying clinical and sedation practices in the ICU, psychological interventions aiming to mitigate acute stress reactions in intensive care might have a positive impact on poor psycho-social outcomes.

The strengths of this study include the measurement of several important psychological outcomes with validated questionnaires, and of a comprehensive set of risk factors. The prospective design and participation of a representative sample of highest acuity “level three” general ICU patients, who are difficult to recruit, are also positive aspects of the study. The study was fully powered to detect associations between risk factors and outcomes using multiple regression models.

Limitations include the use of a single-centre. Another limitation was the necessary exclusion of patients who remained confused throughout the intensive care admission. Psychological questionnaires were used rather than clinician diagnosis of outcome. The ICU Stress Reactions Scale (ICUSS) was not validated before the study. However, this innovative instrument enables the measurement of ICU stress reactions in real time, not retrospectively, and preliminary validation data for the scale were collected. Records of patient’s past medical history may not have been complete. The loss of 36% of participants to follow-up was due to death, homelessness, disability and hospitalisation. However, 90% of the patients who were able to participate in follow-up, completed the study.

Conclusions

This cohort study revealed that level three patients suffered considerable psychological morbidity after intensive care. We detected associations not found in previous studies: between inotropes/vasopressors and post-ICU anxiety; corticosteroids and better physical quality of life; and between delirious symptoms, early intrusive memories and memory loss with depression and PTSD. Our results

dos fatores clínicos sobre os resultados foram parcialmente explicados (ou mediados) por reações psicológicas agudas. É importante notar que os efeitos das reações de stress agudos na UCI nos resultados não foram confundidos pela história psicológica. Assim, descobriu-se que o stress na UCI contribui para uma futura morbilidade psicológica, independentemente de problemas psicológicos pré-existent.

Estes resultados sugerem que, assim como modificam as práticas clínicas e de sedação na UCI, as intervenções psicológicas que têm como objetivo mitigar as reações de stress agudo em terapia intensiva podem ter um impacto positivo sobre os resultados psicossociais pobres.

Os pontos fortes deste estudo incluem a medição de vários resultados psicológicos importantes com questionários validados, e de um conjunto abrangente de fatores de risco. O modelo prospetivo e a participação de uma amostra representativa de pacientes gerais da UCI com o elevado "nível três" de acuidade, que são difíceis de recrutar, também são aspetos positivos do estudo. O estudo foi totalmente desenvolvido para detetar associações entre os fatores de risco e os resultados, utilizando modelos de regressão múltipla.

As limitações incluem a utilização de um único centro. Outra limitação foi a exclusão necessária de pacientes que permaneceram confusos durante toda a admissão nos cuidados intensivos. Utilizaram-se questionários psicológicos em vez de diagnósticos clínicos de resultado. A Escala de Reações de Stress da UCI (ICUSS) não foi validada antes do estudo. No entanto, este instrumento inovador permite a medição de reações de stress na UCI em tempo real, e não retrospectivamente, e reuniram-se dados de validação preliminares para a escala. O histórico dos registos médicos dos pacientes pode não ter estado completo. A perda do seguimento de 36% dos participantes foi devido à morte, falta de domicílio, incapacidade e hospitalização. No entanto, 90% dos pacientes que foram capazes de participar no seguimento completaram o estudo.

Conclusão

Este estudo de coorte prospetivo revelou que os pacientes de nível três sofreram uma morbilidade psicológica considerável após o tratamento intensivo. Descobrimos associações que não foram encontradas em estudos anteriores: entre inotrópicos/vasopressores e a ansiedade depois da UCI; corticosteroides e melhor qualidade de vida física, e entre sintomas delirantes, memórias intrusivas no início e perda de memória com a depressão e o TEPT. Os nossos resultados dão peso às evidências

lend weight to limited existing evidence that sedation is linked to depression and PTSD after intensive care. It was striking that different drug-related clinical risk factors were correlated with different outcomes, and further studies to assess mechanisms are warranted. The most important finding was that acute stress reactions in the ICU were stronger risk factors than clinical factors. This lends hope that modifying psychological as well as pharmacological risk factors may be possible, and preventative approaches to ICU stress could be developed and evaluated.

Key messages

- High rates of psychological morbidity were found among level three patients three months after intensive care: PTSD (27%), depression (46%) and anxiety (44%).
- Strong acute psychological reactions in intensive care were among the risk factors most strongly associated with later psychological morbidity.
- Clinical risk factors for poor psychosocial outcomes included duration of sedation (PTSD); use of benzodiazepines (depression); inotropes and vasopressors (anxiety) and corticosteroids (better physical quality of life).
- The correlation of different clinical risk factors with different psychosocial outcomes suggests that investigations of psychobiological mechanisms are warranted.
- The risk factors identified suggest that psychological interventions, as well as pharmacological modifications, have the potential to reduce poor outcomes after intensive care.

Abbreviations

APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; BIPQ, Brief Illness Perception Questionnaire; CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed); GCS, Glasgow Coma Scale; HRQL, Health-Related Quality of Life; ICU, Intensive care

existentes limitadas de que a sedação está ligada à depressão e ao TEPT depois dos cuidados intensivos. Foi surpreendente que diferentes fatores de risco clínicos relacionados com medicamentos foram correlacionados com resultados diferentes, e estão justificados mais estudos para avaliar os mecanismos. A descoberta mais importante foi que as reações de stress agudo na UCI foram fatores de risco mais fortes do que os fatores clínicos. Isso dá esperança à possibilidade de modificação psicológica, assim como aos fatores de risco farmacológicos, e as abordagens preventivas ao stress na UCI poderão ser desenvolvidas e avaliadas.

Mensagens-Chave

- Encontraram-se taxas altas de morbidade psicológica entre os pacientes de nível três, três meses depois do tratamento intensivo: TEPT (27%), depressão (46%) e ansiedade (44%).
- Fortes reações psicológicas agudas em terapia intensiva estão entre os fatores de risco mais fortemente associados com a morbidade psicológica posterior.
- Os fatores clínicos de risco para fracos resultados psicossociais incluíram a duração da sedação (TEPT), o uso de benzodiazepinas (depressão); inotrópicos e vasopressores (ansiedade) e corticosteroides (melhor qualidade de vida física).
- A correlação de diferentes fatores de risco clínicos com diferentes resultados psicossociais sugere que as investigações dos mecanismos psicobiológicos são fundamentais.
- Os fatores de risco identificados sugerem que as intervenções psicológicas, bem como as modificações farmacológicas, têm o potencial de reduzir os resultados fracos depois dos cuidados intensivos.

Abreviaturas

APACHE, Avaliação Fisiológica Aguda e Crónica da Saúde; BIPQ, Questionário de Perceção de Doença versão Breve; CES-D, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4.^a Edição); ECG, Escala de coma de Glasgow; QVRS, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde;

unit; ICUSS, Intensive Care Stress Reactions Scale; MV, Mechanical ventilation; NS-SEC, National Statistics Socio-Economic Classification; PDS, Post-traumatic Stress Diagnostic Scale; PTSD, Post-traumatic stress disorder; POMS, Profile of Mood States; STAI, State-Trait Anxiety Inventory; TISS, Therapeutic Intervention Scoring System

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

DW conducted the study under the academic supervision of RR, JW, RH and CB. RH led the design of the analysis plan. DH and MM contributed to study design, and provided clinical support and advice at every stage of the project. SB and CM advised on the inclusion of ICU clinical risk factors and helped DW with data collection. DW drafted the initial report and the other authors revised it. All authors read and approved the final version of the paper.

Acknowledgments

We are extremely grateful to Dr. Robert Shulman, the intensive care pharmacist at UCLH, for sharing his expertise in relation to ICU drugs. We would like to thank Abu Bakarr Karim and Raksa Tupprasoot for their help with data collection. This study was funded by a Medical Research Council (MRC) PhD studentship awarded to Dorothy Wade. Rosalind Raine, David Howell and Michael Mythen receive a portion of their funding from the UCLH/UCL National Institute of Health Research Biomedical Research Centre. Rebecca Hardy is supported by the MRC.

UCI Unidade de Cuidados Intensivos; ERECI, Escala de Reações de Stress nos Cuidados Intensivos; VM, Ventilação Mecânica; NS-SEC, Classificações Nacionais de Estatísticas Socioeconômicas; PDS, Escala de Diagnostico de Stress pós Traumático; TEPT, Transtorno de Stress Pós-traumático; STAI, Inventário de Ansiedade Estado-Traço; TISS, **Sistema de Pontuação da Intervenção terapêutica.**

Interesses concorrentes

Os autores declaram que não têm conflitos de interesses.

Contribuições dos autores

DW realizou o estudo sob a supervisão acadêmica de RR, JW, RH e CB. RH levou a conceção do plano de análise. DH e MM contribuíram para o desenvolvimento do método do estudo, e forneceram suporte clínico e aconselhamento em todas as fases do projeto. SB e CM aconselhados sobre a inclusão dos fatores de risco clínicos da UCI e ajudaram DW com a recolha de dados. DW redigiu o relatório inicial e os outros autores reviram-no. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do documento.

Agradecimentos

Estamos extremamente gratos ao Dr. Robert Shulman, o farmacêutico em cuidados intensivos em UCLH, por compartilhar a sua experiência em relação às drogas na UCI. Gostaríamos de agradecer a Abu Bakarr Karim e Raksa Tupprasoot pela ajuda na recolha de dados. Este estudo foi financiado por uma bolsa de estudo de doutoramento do Conselho de Pesquisa Médica (MRC), atribuída a Dorothy Wade. Rosalind Raine, David Howell e Michael Mythen receberam uma parte do seu financiamento do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Centro de Pesquisa Biomédica de UCLH / UCL. Rebecca Hardy é apoiada pelo MRC.

Referências bibliográficas do artigo

References

1. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ: **Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review.** *Gen Hosp Psychiat* 2008, **30**:421-443.
2. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM: **Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review.** *Intens Care Med* 2009, **35**:796-809.
3. Wade D, Raine R, Weinman J, Hardy R, Tupprasoot R, Mythen M, Howell DC: **What determines poor psychological outcomes after admission to the intensive care unit?** In *The Intensive Care Society State of the Art meeting. conference proceedings, December 2010.* London: The Intensive Care Society, 2010.
4. Hutchings A, Raine R, Brady A, Wildman M, Rowan K: **Socioeconomic status and outcome from intensive care in England and Wales: a prospective cohort study.** *Med Care* 2004, **42**:943-951.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Nelson JE: **The symptom burden of chronic critical illness.** *Crit Care Med* 2004, **32**:1527-1534.
7. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E: **Stressors in ICU: patients' evaluation.** *Intens Care Med* 1997, **23**:1282-1285.
8. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, Miaskowski C: **Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying.** *Crit Care Med* 2010, **38**:2155-2160.
9. Ely EW, Siegel MD, Inouye SK: **Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction.** *Semin Respir Crit Care Med* 2001, **22**:115–126.

10. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D: **Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II.** *Intens Crit Care Nurs* 1999, **15**:19-33.
11. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, Bernard GR, Ely EW: **Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients.** *Anesthesiology* 2006, **104**:21-26.
12. Jones C, Backman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD: **Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care.** *Intens Care Med* 2007, **33**:978-985.
13. Griffiths J, Fortune G, Barber V, Duncan Young J: **The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review.** *Intens Care Med* 2007, **33**:1506-1518.
14. Hopkins RO, Key CW, Suchyta MR, Weaver LK, Orme JF Jr: **Risk factors for depression and anxiety in survivors of acute respiratory distress syndrome.** *Gen Hosp Psychiat* 2010, **32**:147-155.
15. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J: **Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care.** *Intens Care Med* 2004, **30**:450-455.
16. Scragg P, Jones A, Fauvel N: **Psychological problems following ICU treatment.** *Anaesthesia* 2001, **56**:9-14.
17. Samuelson KA: **Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study.** *Acta Anaesth Scand* 2007, **51**:671-678.
18. Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, Gordon SM, Pun BT, Henderson MS, Dittus RS, Bernard GR, Ely EW: **Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study.** *Crit Care* 2007, **11**:R28.

19. Myhren H, Ekeberg O, Toien K, Karlsson S, Stokland O: **Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge**, *Crit Care* 2010, **14**:R14.
20. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM: **Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care**. *Crit Care Med* 2001, **29**:573-580.
21. Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB: **The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients**. *Am J Resp Critic Care Med* 2003, **168**:1457-1461.
22. Richter JC, Waydhas C, Pajonk FG: **Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment**. *Psychosomatics* 2006, **47**:223-300.
23. Dowdy DW, Dinglas V, Mendez-Tellez PA, Bienvenu OJ, Sevransky J, Dennison CR, Shanholtz C, Needham DM: **Intensive care unit hypoglycemia predicts depression during early recovery from acute lung injury**. *Crit Care Med* 2008, **36**:2726-2733.
24. Dowdy DW, Bienvenu OJ, Dinglas VD, Mendez-Tellez, PA, Sevransky J, Shanholtz C, Needham DM: **Are intensive care factors associated with depressive symptoms six months after acute lung injury?** *Crit Care Med* 2009, **37**:1702–1707.
25. National Statistics: **National Statistics Socio-economic Classification (NS-SEC)**. London: National Statistics, 2010. [<http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/classifications/current-standard-classifications/soc2010/soc2010-volume-3-ns-sec--rebased-on-soc2010--user-manual/index.html>].
26. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE: **APACHE - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation: a physiologically based classification system**. *Crit Care Med* 1981, **9**:591–597.
27. Keene AR, Cullen DJ: **Therapeutic Intervention Scoring System: update**. *Crit Care Med* 1983, **11**:1–3.

28. McNair DM, Lorr M, Droppelman LF: **Manual for the Profile of Mood States.** San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service; 1971.
29. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J: **The Brief Illness Perception Questionnaire.** *J Psychosom Res*, 2006, **60**:631–637.
30. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry, K: **The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale.** *Psychol Assessment* 1997, **9**:445–451.
31. Ehrling T, Kleim B, Clark DM, Foa EB, Ehlers A: **Screening for posttraumatic stress disorder: what combination of symptoms predicts best?** *J Nerv Ment Dis* 2007, **195**:1004–1012.
32. Radloff LS: **The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population.** *Appl Psychol Meas* 1977, **1**:385–401.
33. Weinert C, Meller W: **Epidemiology of depression and antidepressant therapy after Acute Respiratory Failure.** *Psychosomatics* 2006, **47**:399-407.
34. Covic T, Pallant JF, Conaghan PG, Tennant A: **A longitudinal evaluation of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) in a rheumatoid arthritis population using Rasch analysis.** *Health Qual Life Outcomes* 2007, **5**:41.
35. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA: *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
36. Kindler C, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D: **The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns.** *Anesthesia Anal* 2000, **90**:706-712.
37. Ware J, Kosinski M, Keller SD: **A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity.** *Med Care* 1996, **34**:220–233.

38. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD: **A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression.** *Stat Med* 1998, **17**:1623–1634.
39. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S: **A dual representation theory of posttraumatic stress disorder.** *Psychol Rev* 1996, **103**:670-686.
40. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS: **Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit.** *JAMA* 2004, **291**:1753-1762.
41. Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D: **How do risk factors work together? Mediators, moderators and independent, overlapping, and proxy risk factors.** *Am J Psychiat* 2001, **158**:848-856.
42. Harvey AG, Brewin CR, Jones C, Kopelman,MD: **Coexistence of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: towards a resolution of the paradox.** *J Int Neuropsychol Soc* 2003, **9**:663-676.
43. Longo LP, Johnson B: **Addiction: Part I. Benzodiazepines - side effects, abuse risk and alternatives.** *Am Fam Physician* 2000, **61**:2121-2128.
44. House A, Stark D: **Anxiety in medical patients.** *Br Med J* 2002, **325**:207–209.
45. Schelling G: **The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors.** *Biol Psychiat* 2001, **50**:978–985.
46. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte-Martyn A, Diaz-Granados N, Al-Saidi F, Cooper AB, Guest CB, Mazer CD, Mehta S, Stewart TE, Barr A, Cook D, Slutsky AS for the Canadian Critical Trials Group: **One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome.** *N Eng J Med* 2003, **348**:683-933.
47. Welch CA, Harrison DA, Hutchings A, Rowan K: **The association between**

deprivation and hospital mortality for admissions to critical care units in England. *J Crit Care* 2010, **25:382-390.**

Figure legend

Figure 1: Flow diagram of patient recruitment and participation in a cohort study of psychological outcomes of intensive care survivors.

Anexos do artigo e a sua tradução

Tables

Table 1. Participants' socio-demographic and clinical characteristics

Characteristic	Followed up (n = 100)	Lost to follow-up/died (n = 57)	P-value
Age - years Mean (SD)	57.26 (17.40)	57.19 (15.62)	0.98
Male sex, No. (%)	52 (52%)	38 (66.7%)	0.07
White ethnicity, No. (%)	83 (85.6%)	49 (86%)	0.63
Occupation (by NS-SEC)*, No. (%)			
1. Professions/managerial	33 (33%)	No data	
2. Intermediate professions	10 (10%)		
3. Self-employed	21 (21%)		
4. Technical/craft	7 (7%)		
5. Semi-routine/routine	20 (20%)		
6. Unclassified	9 (9%)		
Type admission, No. (%)			
Elective surgical	23 (23%)	14 (24.6%)	
Emergency surgical	14 (14%)	5 (8.8%)	
Non-surgical	63 (63 %)	38 (66.7%)	0.63
Apache II score † Mean (SD)	22.01 (7.19)	22.44 (9.07)	0.76
Hospital length of stay – days Median (range)	27 (239)	27 (173)	0.81
ICU length of stay - days Median (range)	8 (85)	10 (37)	0.62
TISS score‡, Mean (SD)	24.61 (5.05)	24.37 (5.86)	0.79
Number of organs supported, Mean (SD)	4 (7)	5 (7)	<0.05
Number (%) receiving mechanical ventilation	79 (79%)	49 (88%)	
Duration of MV in days, Median (range)	3 (80)	4 (28)	0.43
Number (%) receiving cardiovascular support	52 (52%)	36 (63%)	
Duration of CV support in days, Median (range)	1 (16)	1 (20)	0.24

Tabelas

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas dos participantes.

Características	Acompanhados (n=100)	Não Acompanhados /Mortos (n=57)	Valor P
Ano – Idade/ Média (DP)	57,26 (17,40)	57,19 (15,62)	0,98
Sexo Masculino, Nº. (%)	52 (52%)	38 (66,7%)	0,07
Etnia Branca, Nº. (%)	83 (85,6%)	49 (86%)	0,63
Ocupação (NS-SEC), Nº. (%)			
1. Profissões/órgão diretivos	33 (33%)	Sem dados	
2. Profissões intermédias	10 (10%)		
3. Trabalhador por conta própria	21 (21%)		
4. Técnicos/artesãos	7 (7%)		
5. Semirrotina/rotina	20 (20%)		
6. Trabalhadores não qualificados	9 (9%)		
Tipo de admissão, Nº. (%)	2	1	
Cirurgia eletiva	3 (23%)	4 (24,6%)	
Cirurgia de emergência	14 (14%)	5 (8,8%)	
Não Cirúrgica	63 (63%)	38 (66,7%)	0,63
Resultados APACHE II † Média	22,01(7,19)	22,44 (9,07)	0,76
Duração da estadia no hospital – dias Mediana (variação)	27 (239)	27 (173)	0,81
Duração da estadia na UCI – dias Mediana (variação)	8 (85)	10 (37)	0,62
Pontuação TISS ‡, Média (DP)	24,61 (5,05)	24,37 (5,86)	0,79
Número de órgãos suportados, Média (DP)	4 (7)	5 (7)	<0,05
Número (%) que recebe ventilação mecânica	79 (79%)	49 (88%)	
Duração da VM em dias, Mediana (variação)	3 (80)	4 (28)	0,43
Número (%) que recebe suporte cardiovascular	52 (52%)	36 (63%)	
Duração do auxílio CV em dias, Mediana (variação)	1 (16)	1 (20)	0,24
Duração da sedação em dias, Mediana (variação)	2 (24)	2 (21)	0,18

Duration of sedation – days Median (range)	2 (24)	2 (21)	0.18
Benzodiazepines in ICU (yes/no), No. (%)	60 (60%)	40 (70.2%)	0.19
Anaesthetic agents in ICU (yes/no), No. (%)	66 (66%)	39 (68.4%)	0.76
Antipsychotics in ICU (yes/no), No. (%)	39 (39%)	27 (47.4%)	0.70
rows from here down have less space than rows above			
Inotropes/vasopressors in ICU (yes/no), No. (%)	47 (47%)	35 (61.4%)	0.08
Steroids in ICU (yes/no), No. (%)	33 (33%)	20 (35.1%)	0.79
Opioids in ICU (yes/no), No. (%)	93 (93%)	53 (93%)	0.99
Highest C-reactive protein in ICU, Mean (SD)	212.72 (126.79)	No data	
Post-hospital destination**			<0.01
Primary body system ††			0.63

* NS-SEC, National Statistics Socio-economic Classification (UK) [25]

† Scores for the Acute Physiology, Age, and Chronic Health Evaluation (APACHE II) [26] range from 0 to 71; higher scores indicate more severe illness

‡ In the Therapeutic Intervention Scoring System [27] points are added for each new ICU activity

** Categories of post-hospital destination were 1. Home 2. Transfer to other hospital 3. Care or rehab centre 4. Died in hospital 5. Readmission since discharge home 6. Still in hospital at three months (not yet discharged). Numbers in each category are not reported here due to lack of space

†† Primary body system had 11 categories: respiratory, cardiovascular, gastro-intestinal, neurological, trauma, poisoning, genito-urinary, endocrine, haematological, musculo-skeletal and dermatological. Numbers in each category are not reported here due to lack of space.

Benzodiazepina na UCI (sim/não), Nº. (%)	60 (60%)	40 (70,2%)	0,19
Agentes anestésicos na UCI (sim/não), Nº. (%)	66 (66%)	39 (39%)	0,76
Antipsicóticos na UCI (sim/não), Nº. (%) as linhas daqui em baixo têm menos espaço do que as prévias	39 (39%)	27 (47,4%)	0,70
Inotrópicos/ Vasopressores na UCI (sim/não), Nº. (%)	47 (47%)	35 (61,4%)	0,08
Esteróides na UCI (sim/não), Nº. (%)	33 (33%)	20 (35,1%)	0,79
Opiáceos na UCI (sim/não), Nº. (%)	93 (93%)	53 (93%)	0,99
A alta proteína C reativa na UCI, Média (DP)	212,72 (126,79)	Sem dados	
Destino após o hospital**			<0,01
Sistema de corpo principal ††			0,63

*NS-SEC, Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais (Reino Unido) [25]

†Resultados da Fisiologia Aguda, Idade, e a Avaliação da Saúde Crónica (APPACHE II) [26] no alcance de 0 a 71; resultados mais elevados significam doenças mais graves.

‡No Sistema de Pontuação da Intervenção terapêutica [27] a pontuação é adicionada para cada atividade UCI.

**As categorias para os destinos depois da alta do hospital foram 1. Casa 2. Transferência para outro hospital 3. Centros de cuidados ou reabilitação 4. Morte no hospital 5. Readmissão após alta. 6. Continuar no hospital após de três meses (ainda sem alta). Números em cada categoria não são mostrados aqui devido a falta de espaço.

†† O sistema principal primário tinha 11 categorias: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, neurológico, trauma, envenenamento, geniturinário, endócrino, hematológico, músculo-esquelético e dermatológico.

Os números de cada categoria não estão demonstrados aqui devido a falta de espaço

Table 2. Acute psychological responses in the Intensive Care Unit (ICU)

			Followed up (n = 100)	Died/lost to follow- up (n = 57)	P-value – difference
(i) Total ICU mood disturbance	Mean (SD)		29.00 (13.60)	27.18 (13.58)	$P = 0.42$
			Scale 0 to 60		
ii) Total ICU stress reactions	Mean (SD)		32.89 (12.81)	31.62 (11.98)	$P = 0.54$
			Scale 0 to 72		
a) Physical stress (subscale of ICU stress)			8.61 (4.46)	7.57 (4.34)	$P = 0.72$
			Scale 0 to 16		
b) Delirious symptoms (subscale of ICU stress)			8.17 (5.04)	7.86 (5.49)	$P = 0.16$
			Scale 0 to 20		
iii) Illness perceptions, Mean (SD)			Range 0 to 10		$P = 0.69$
			6.64 (2.77)	6.44 (2.93)	
a) Timeline - how long you think condition will last					
b) Concern about condition			7.34 (2.8)	7.09 (3.2)	$P = 0.61$
c) Control over condition			4.00 (2.97)	4.62 (3.31)	$P = 0.25$
d) Understanding condition			7.06 (2.97)	7.41 (3.23)	$P = 0.5$
e) Emotional representation of condition			5.92 (3.4)	6.24 (3.75)	$P = 0.59$
iv) Memory	No. (%)				
a) Memory of initial admission to ICU	Yes		34 (34.3%)	21 (37.5%)	$P = 0.69$
	No		65 (65.7%)	35 (62.5%)	
b) Memory for whole ICU stay	Little		45 (45.5%)	21 (37.5%)	$P = 0.19$
	Some		29 (29.3%)	13 (23.2%)	
	Most		25 (25.3%)	22 (39.3%)	
c) Presence of early intrusive memories of ICU	Yes		49 (49.5%)	24 (42.8%)	$P = 0.73$
	No		50 (50.5%)	32 (57.1%)	
d) Content of early	Factual		22.6%	No data	

Tabela 2. Respostas Psicológicas agudas na UCI (UCI)

	Acompanhados (n=100)	Não Acompanhados /Mortos (n=57)	Diferença do Valor P
(i) Distúrbio total de humor na UCI	29,00 (13,60)	27,18 (13,58)	$P = 0,42$
Média (DP)	Escala de 0 a 60		
ii) Número total de reações de stress na UCI	32,89 (12,81)	31,62 (11,98)	$P = 0,54$
	Escala de 0 a 72		
a) Stress físico (subescala do stress da UCI)	8,61(4,46)	7,57 (4,34)	$P = 0,72$
	Escala de 0 a 16		
b) Sintomas de delírio (subescala do stress da UCI)	8,17(5,04)	7,86 (5,49)	$P = 0,16$
	Escala de 0 a 20		
iii) Percepções de doenças, Média(DP)	Alcance De 0 a 10 6,64 (2,77)	6,44 (2,93)	$P = 0,69$
a) Cronograma – tempo pressuposto da doença			
b) Preocupação com a doença	7,34 (2,8)	7,09 (3,2)	$P = 0,61$
c) Controlo da doença	4,00 (2,97)	4,62 (3,31)	$P = 0,25$
d) Entendimento da doença	7,06 (2,97)	7,41 (3,23)	$P = 0,5$
e) Representação emocional da doença	5,92 (3,4)	6,24 (3,75)	$P = 0,59$
iv) Memória Nº. (%)			
a) Memória da admissão inicial na UCI	Sim 34 (34,3%) Não 65 (65,7%)	21(37,5%) 35 (62,5%)	$P = 0,69$
b) Memória de todo o tempo em que permaneceu na UCI	Pouco 45 (45,5%) Algum 29 (29,3%) Bastante 25 (25,3%)	21 (37,5%) 13 (23,2%) 22 (39,3%)	$P = 0,19$
c) Presença de antecedentes intrusivos da memória da UCI	Sim 49 (49,5%) Não 50 (50,5%)	24 (42,8%) 32 (57,1%)	$P = 0,73$
d) Conteúdo de memórias	Factual 22,6%	Sem dados	

intrusive memories,	Delusional	20%
if experienced	Both/other*	6.9%

(i) Total mood disturbance was measured using the Profile of Mood States [28]

(ii) Total ICU stress, a) physical stress and b) delirious symptoms were measured with the ICU stress reactions scale

(iii) Illness perceptions were measured using the BIPQ [29]

*Patients had both factual and delusional memories, or did not describe the content of memories

intrusivas iniciais, se	Delirante 20%
experienciadas	Ambas/outras* 6,9%

- (i) O total distúrbio de humor foi medido utilizando o Perfil dos Estados de Humor [28]
- (ii) Número total de stress na UCI a) stress físico e b) sintomas de delírio foram medidos com a escala de reações de stress da UCI
- (iii) Percepções da doença foram medidas utilizando o BIPQ [29]

*Os pacientes tinham memórias tanto factuais como delírios, ou não descreveram o conteúdo de memórias

Table 3. Unadjusted associations between clinical factors and psycho-social outcomes three months after intensive care

	Post-traumatic stress disorder*	Depression	Anxiety	Mental quality of life	Physical quality of life
TISS (Therapeutic intervention scoring)	0.25 <i>P</i> = 0.01	0.08 <i>P</i> = 0.44	0.07 <i>P</i> = 0.52	-0.06 <i>P</i> = 0.62	0.04 <i>P</i> = 0.74
Number of organs supported	0.26 <i>P</i> < 0.01	0.12 <i>P</i> = 0.23	0.06 <i>P</i> = 0.57	-0.08 <i>P</i> = 0.47	0.08 <i>P</i> = 0.49
Duration of sedation	0.27 <i>P</i> < 0.01	0.19 <i>P</i> = 0.07	0.17 <i>P</i> = 0.09	-0.20 <i>P</i> = 0.06	0.03 <i>P</i> = 0.82
Number of drug groups	0.28 <i>P</i> < 0.01	0.10 <i>P</i> = 0.32	0.10 <i>P</i> = 0.31	-0.10 <i>P</i> = 0.47	-0.20 <i>P</i> = 0.07
Length of stay in ICU	0.11 <i>P</i> = 0.29	-0.05 <i>P</i> = 0.66	-0.06 <i>P</i> = 0.58	-0.02 <i>P</i> = 0.87	0.02 <i>P</i> = 0.87
Length of hospital stay	0.15 <i>P</i> = 0.15	0.21 <i>P</i> < 0.05	0.09 <i>P</i> = 0.39	-0.18 <i>P</i> = 0.12	-0.07 <i>P</i> = 0.56
Type of admission†	<i>P</i> = 0.81	<i>P</i> = 0.50	<i>P</i> = 0.23	<i>P</i> = 0.81	<i>P</i> = 0.53
Post-hospital destination	<i>P</i> = 0.38	<i>P</i> < 0.05	<i>P</i> = 0.25	<i>P</i> = 0.22	<i>P</i> = 0.90
Primary body system	<i>P</i> = 0.20	<i>P</i> = 0.03	<i>P</i> = 0.14	<i>P</i> = 0.30	<i>P</i> = 0.17
Duration of mechanical ventilation	0.20	0.09	0.06	-0.013	-0.014

Tabela 3. Associações desajustadas entre fatores clínicos e resultados psicossociais três meses depois de cuidados intensivos

	Transtorno de stress pós-traumático	Depressão	Ansiedade	Qualidade de vida mental	Qualidade de vida física
Sistema de Pontuação da Intervenção terapêutica (TISS)	0,25 <i>P</i> = 0,01	0,08 <i>P</i> = 0,44	0,07 <i>P</i> = 0,52	-0,06 <i>P</i> = 0,62	0,04 <i>P</i> = 0,76
Número de órgãos suportados	0,26 <i>P</i> <0,01	0,12 <i>P</i> = 0,23	0,06 <i>P</i> = 0,57	-0,08 <i>P</i> = 0,47	0,08 <i>P</i> = 0,49
Duração da sedação	0,27 <i>P</i> <0,01	0,19 <i>P</i> = 0,07	0,17 <i>P</i> = 0,09	-0,20 <i>P</i> = 0,06	0,03 <i>P</i> = 0,82
Número de grupos de medicamentos	0,28 <i>P</i> <0,01	0,10 <i>P</i> = 0,32	0,10 <i>P</i> = 0,31	-0,10 <i>P</i> = 0,47	-0,20 <i>P</i> = 0,06
Duração da estadia na UCI	0,11 <i>P</i> = 0,29	-0,05 <i>P</i> = 0,66	-0,06 <i>P</i> = 0,58	-0,02 <i>P</i> = 0,87	-0,02 <i>P</i> = 0,87
Duração da estadia no hospital	0,15 <i>P</i> = 0,29	0,21 <i>P</i> <0,05	0,09 <i>P</i> = 0,39	-0,18 <i>P</i> = 0,12	-0,07 <i>P</i> = 0,56
Tipo de admissão †	<i>P</i> = 0,81	<i>P</i> = 0,50	<i>P</i> = 0,23	<i>P</i> = 0,81	<i>P</i> = 0,53
Destino após a alta do hospital	<i>P</i> = 0,38	<i>P</i> <0,05	<i>P</i> = 0,025	<i>P</i> = 0,22	<i>P</i> = 0,90
Sistema de corpo principal	<i>P</i> = 0,20	<i>P</i> = 0,03	<i>P</i> = 0,14	<i>P</i> = 0,30	<i>P</i> = 0,17
Duração da ventilação mecânica	0,20 <i>P</i> <0,05	0,09 <i>P</i> = 0,39	0,06 <i>P</i> = 0,57	-0,013 <i>P</i> = 0,91	-0,014 <i>P</i> = 0,90

	<i>P</i> < 0.05	<i>P</i> = 0.39	<i>P</i> = 0.57	<i>P</i> = 0.91	<i>P</i> = 0.90
Duration of cardiovascular support	0.25 <i>P</i> < 0.05	0.14 <i>P</i> = 0.17	0.13 <i>P</i> = 0.22	-0.20 <i>P</i> = 0.06	-0.03 <i>P</i> = 0.79
Benzodiazepines ‡	6.96 (2.36, 11.57) <i>P</i> < 0.01	7.44 (1.81, 13.07) <i>P</i> = 0.01	5.95 (0.03, 11.87) <i>P</i> < 0.05	-4.08 (-8.73, .56) <i>P</i> = 0.08	-0.27 (-4.67, 4.12) <i>P</i> = 0.90
Anaesthetics	1.64 (-3.35, 6.65) <i>P</i> = 0.51	-2.35 (-8.50, 3.80) <i>P</i> = 0.45	-2.61 (-8.88, 3.65) <i>P</i> = 0.41	2.02 (-2.9, 6.93) <i>P</i> = 0.42	4.45 (-0.04, 8.94) <i>P</i> = 0.05
Inotropes or vasopressors	4.84 (0.1, 9.57) <i>P</i> < 0.05	3.70 (1.99, 9.40) <i>P</i> = 0.20	7.63 (0.89, 13.37) <i>P</i> = 0.01	-4.51 (-9.08, .06) <i>P</i> = 0.05	0.06 (-4.29, 4.41) <i>P</i> = 0.98
Antipsychotics	5.81 (0.8, 10.81) <i>P</i> < 0.05	1.59 (-4.31, 7.39) <i>P</i> = 0.59	1.18 (-4.87, 7.25) <i>P</i> = 0.70	-1.58 (-6.28, 3.12) <i>P</i> = 0.51	4.14 (-0.15, 8.43) <i>P</i> = 0.06
Opioids	-0.55 (-10.42, 9.32) <i>P</i> = 0.91	-7.12 (-18, 3.77) <i>P</i> = 0.20	-7.79 (-19.25, 3.66) <i>P</i> = 0.18	7.42 (-0.96, 15.8) <i>P</i> = 0.08	0.29 (-7.65, 8.23) <i>P</i> = 0.94
Steroids	-0.28 (-5.33, 4.77) <i>P</i> = 0.91	-1.08 (-7.25, 5.08) <i>P</i> = 0.73	-1.57 (-7.85, 4.71) <i>P</i> = 0.62	-0.59 (-5.48, 4.31) <i>P</i> = 0.81	5.57 (1.18, 9.96) <i>P</i> < 0.05
Highest C-reactive protein in ICU	0.22 <i>P</i> < 0.05	0.10 <i>P</i> = 0.32	0.08 <i>P</i> = 0.44	No data	No data

Duração de auxílio cardiovascular	0,25 <i>P</i> <0,05	0,14 <i>P</i> = 0,17	0,13 <i>P</i> = 0,22	-0,20 <i>P</i> = 0,06	-0,03 <i>P</i> = 0,79
Benzodiazepinas ‡	6,96 (2,36, 11,57) <i>P</i> <0,01	7,44 (1,81, 13,07) <i>P</i> = 0,01	5,95 (0,03, 11,87) <i>P</i> <0,05	-4,08 (-8,73, ,56) <i>P</i> = 0,08	-27 (-4,67, 4,12)
Anestésicos	1,64 (-3,35, 6,65) <i>P</i> = 0,51	-2,35 (-8,50, 3,80) <i>P</i> = 0,45	-2,61 (-8,88, 3,65) <i>P</i> = 0,41	2,02 (-2,9, 6,93) <i>P</i> = 0,42	4,45 (-0,04, 8,94) <i>P</i> = 0,05
Inotrópicos ou Vasopressores	4,84 (0,1, 9,57) <i>P</i> <0,05	3,70 (1,99, 9,40) <i>P</i> = 0,20	7,63 (0,89, 13,37) <i>P</i> = 0,01	-4,51 (-9,08, ,06) <i>P</i> = 0,05	0,06 (-4,29, 4,41) <i>P</i> = 0,98
Antipsicóticos	5,81 (0,8, 10,81) <i>P</i> <0,05	1,59 (-4,31, 7,39) <i>P</i> = 0,59	1,18 (-4,87, 7,25) <i>P</i> = 0,70	-1,58 (-6,28, 3,12) <i>P</i> = 0,51	4,14 (-0,15, 8,43)
Opiáceos	-0,55 (-10,42, 9,32) <i>P</i> = 0,91	-7,12 (-18, 3,77) <i>P</i> = 0,20	-7,79 (-19,25, 3,66) <i>P</i> = 0,18	7,42 (-0,96, 15,8) <i>P</i> = 0,08	0,29 (-7,65, 8,23) <i>P</i> = 0,94
Esteroides	-0,28 (-5,33, 4,77) <i>P</i> = 0,91	-1,08 (-7,25, 5,08) <i>P</i> = 0,73	-1,57 (-7,85, 4,71) <i>P</i> = 0,62	-,59 (-5,48, 4,31) <i>P</i> = 0,81	5,57 (1,18, 9,96) <i>P</i> <0,05
A alta proteína C - reativa na UCI	0,22 <i>P</i> <0,05	0,10 <i>P</i> = 0,32	0,08 <i>P</i> = 0,44	Sem dados	Sem dados

Effect sizes presented in the table are Pearson's r for normally distributed exposure variables, Spearman's ρ for skewed variables, and mean difference with 95% CI for binary variables.

* Range of scores for outcome measures: PTSD 0-51 (PDS); depression 0 to 60 (CES-D); anxiety 0 to 80 (STAI); mental quality of life 0 to 100 (SF-12 mental component summary score); physical quality of life 0 to 100 (SF-12 physical component summary score)

† For type of admission, post-hospital destination and primary body system (categorical variables) the P -values of the F statistic are presented.

‡ For all drug variables, the mean score of patients who did not receive the drug group was subtracted from the mean score of patients who did receive the drug.

A grandeza de efeito apresentada na tabela são Pearson r para as variáveis de exposição distribuídas normalmente, Spearman ρ para variáveis enviesadas, e com diferença média de 95% CI para variáveis binárias.

* Alcance de pontuação para as medidas de resultados: PTSD 0-51 (PDS); depressão 0-60 (CES-D); ansiedade 0-80 (IDATE), qualidade da vida mental de 0 a 100 (SF-12 resultado sumário da componente mental), qualidade de vida física 0 a 100 (SF-12 resultado do sumário da componente física).

† Para o tipo de admissão, o destino pós-hospitalar e sistema do corpo principal (variáveis categóricas) são apresentados os valores-P da estatística F.

‡ Para todas as variedades de medicamentos, a pontuação média dos pacientes que não receberam o grupo de medicamentos foi subtraída da média do resultado dos pacientes que receberam o medicamento.

Table 4. Unadjusted associations between socio-demographic variables, acute psychological reactions in ICU, and three month outcomes

	PTSD*	Depression	Anxiety	Mental quality of life	Physical quality of life
Age	-0.18 <i>P</i> = 0.07	0.17 <i>P</i> = 0.11	-0.03 <i>P</i> = 0.79	0.10 <i>P</i> = 0.38	-0.10 <i>P</i> = 0.38
Sex (female – male)	4.30 (-0.44, 9.04) <i>P</i> = 0.08	4.01 (1.68, 9.69) <i>P</i> = 0.17	-3.39 <i>P</i> = 0.26	4.20 (-0.39, 8.79) <i>P</i> = 0.07	-0.81 (-5.16, 3.54) <i>P</i> = 0.71
Ethnicity (white/other)	<i>P</i> = 0.60	<i>P</i> = 0.05	<i>P</i> = 0.49	<i>P</i> = 0.20	<i>P</i> = 0.15
Socio-economic position	<i>P</i> = 0.25	<i>P</i> < 0.01	<i>P</i> < 0.05	<i>P</i> < 0.05	<i>P</i> = 0.69
1. Professions/managerial	11.77 (9.10)	14.46 (10.68)	39.27 (11.69)	48.47 (9.53)	35.86 (9.66)
2. Intermediate profession	15.61 (7.25)	30.33 (12.51)	53.00 (13.19)	39.58 (10.73)	31.16 (6.95)
3. Self-employed	13.12 (12.46)	22.71 (14.21)	43.33 (13.89)	45.55 (10.79)	34.13 (10.81)
4. Technical/craft	8.04 (4.79)	13.64 (8.59)	36.19 (11.45)	43.53 (8.75)	38.21 (10.77)
5. Semi-routine/ routine	18.19 (13.77)	24.75 (15.65)	46.33 (16.11)	38.43 (9.48)	35.40 (11.32)
6. Unclassified	18.56(18.66)	24.98 (21.30)	50.52 (21.30)	37.98 (12.97)	34.57 (11.45)
ICU mood † disturbance	0.50 <i>P</i> < 0.01	0.42 <i>P</i> < 0.01	0.38 <i>P</i> < 0.01	-0.47 <i>P</i> < 0.01	-0.01 <i>P</i> = 0.92
ICU stress reactions	0.60 <i>P</i> < 0.01	0.36 <i>P</i> < 0.01	0.32 <i>P</i> < 0.01	-0.37 <i>P</i> < 0.01	-0.90 <i>P</i> = 0.41

Tabela 4. Associações não ajustadas entre variáveis sociodemográficas, reações psicológicas agudas na UCI, e resultados de três meses.

	Transtorno de stress pós- traumático	Depressão	Ansiedade	Qualidade da Vida Mental	Qualidade vida física
Idade	-0,18 <i>P</i> = 0,07	0,17 <i>P</i> = 0,11	-0,03 <i>P</i> = 0,79	0,10 <i>P</i> = 0,38	-0,10 <i>P</i> = 0,38
Sexo (feminino - masculino)	4,30 (-0,44, 9,04) <i>P</i> = 0,08	4,01 (1,68, 9,69) <i>P</i> = 0,17	-3,39 <i>P</i> = 0,26	4,20 (-0,39, 8,79) <i>P</i> = 0,07	-0,81 (-5,16, 3,54) <i>P</i> = 0,71
Etnia (branca – outra)	<i>P</i> = 0,60	<i>P</i> = 0,05	<i>P</i> = 0,49	<i>P</i> = 0,20	<i>P</i> = 0,15
Posição socioeconómica	<i>P</i> = 0,25	<i>P</i> <0,01	<i>P</i> <0,05	<i>P</i> <0,05	<i>P</i> = 0,69
1. Profissão/ órgão diretivo	11,77 (9,10)	14,46 (10,68)	39,27 (11,69)	48,47 (9,53)	35,86 (9,66)
2. Profissões intermédias	15,61 (7,25)	30,33 (12,51)	53,00 (13,19)	39,58 (10,73)	31,16 (6,95)
3. Trabalho por conta própria	13,12 (12,46)	22,71 (14,21)	43,33 (13,89)	45,55 (10,79)	34,13 (10,81)
4. Técnico/artesinato	8,04 (4,79)	13,64 (8,59)	36,19 (11,45)	43,53 (8,75)	38,21 (10,77)
5. Semirrotina/rotina	18,19 (13,77)	24,75 (15,65)	46,33 (16,11)	38,43 (9,48)	35,40 (11,32)
6. Não classificado	18,56(18,66)	24,98 (21,30)	50,52 (21,30)	37,98 (12,97)	34,57 (11,45)
Perturbação da Disposição na UCI †	0,50 <i>P</i> <0,01	0,42 <i>P</i> <0,01	0,38 <i>P</i> <0,01	-0,47 <i>P</i> <0,01	-0,01 <i>P</i> = 0,92
Reações ao stress na UCI	0,60 <i>P</i> <0,01	0,36 <i>P</i> <0,01	0,32 <i>P</i> <0,01	-0,37 <i>P</i> <0,01	-0,90 <i>P</i> = 0,41

ICU delirious symptoms	0.40 <i>P</i> < 0.01	0.25 <i>P</i> = 0.01	0.20 <i>P</i> = 0.05	-0.27 <i>P</i> = 0.01	0.00 <i>P</i> = 0.99
ICU memory‡ (little memory – some/most memory)	6.30 (1.56, 10.98) <i>P</i> = 0.01	6.05 (0.37, 11.73) <i>P</i> < 0.05	3.06 (-2.91, 9.03) <i>P</i> = 0.31	-2.01 (-6.71, 2.68) <i>P</i> = 0.40	0.54 (-3.85, 4.95) <i>P</i> = 0.81
ICU Intrusive memories (some - none)	9.39 (4.92, 13.85) <i>P</i> < 0.01	7.10 (1.47, 12.71) <i>P</i> = 0.01	5.85 (-0.02, 11.02) <i>P</i> = 0.05	-3.38 (-8.03, 1.27) <i>P</i> = 0.15	1.86 (-2.52, 6.23) <i>P</i> = 0.40
Illness perceptions Timeline§	0.28, <i>P</i> < 0.01	0.22, <i>P</i> = 0.04	0.23, <i>P</i> = 0.03	-0.16, <i>P</i> = 0.16	-0.39, <i>P</i> < 0.01
Concern	0.28 <i>P</i> < 0.01	0.32 <i>P</i> < 0.01	0.22 <i>P</i> < 0.05	-0.2 <i>P</i> = 0.07	-0.26 <i>P</i> < 0.05
Emotional representation	0.29 <i>P</i> < 0.01	0.31 <i>P</i> < 0.01	0.29 <i>P</i> < 0.01	-0.28 <i>P</i> < 0.01	-0.18 <i>P</i> = 0.11

Could these be fitted under the table like other tables? Effect sizes presented in the table are Pearson's 'r' or Spearman's 'rho' for continuous exposure variables, or mean differences + 95% CI for binary variables.

Range of scores (outcomes): PTSD 0 to 51 (PDS); depression 0 to 60 (CES-D); anxiety 0 to 80 (STAI); mental quality of life 0 to 100 (SF-12 mental component summary score); physical quality of life 0 to 100 (SF-12 physical component summary score)

Sintomas de delírio da UCI	0,40 <i>P</i> < 0,01	0,25 <i>P</i> = 0,01	0,20 <i>P</i> = 0,05	-0,27 <i>P</i> = 0,01	0,00 <i>P</i> = 0,99
Memória da UCI (pouca/alguma/a maioria)	6,30 (1,56, 10,98) <i>P</i> = 0,01	3,06 (0,37, 11,73) <i>P</i> < 0,05	3,06 (-2,91, 9,03) <i>P</i> = 0,31	-2,01 (-6,71, 2,68) <i>P</i> = 0,40	0,54 (-3,85, 4,95,) <i>P</i> = 0,81
Memórias Intrusivas na UCI (algumas – nenhuma)	9,39 (4,92, 13,85) <i>P</i> < 0,01	7,10 (1,47, 12,71) <i>P</i> = 0,01	5,85 (-0,02, 11,02) <i>P</i> = 0,05	-3,38 (-8,03, 1,27) <i>P</i> = 0,15	1,86 (-2,52, 6,23) <i>P</i> = 0,40
Representação do cronograma da doença	0,28, <i>P</i> < 0,01	0,22, <i>P</i> = 0,04	0,23, <i>P</i> = 0,03	-0,16, <i>P</i> = 0,16	-0,39, <i>P</i> < 0,01
Preocupações	0,28 <i>P</i> < 0,01	0,32 <i>P</i> < 0,01	0,22 <i>P</i> < 0,05	-0,2 <i>P</i> = 0,07	-0,26 <i>P</i> < 0,05
Representação emocional	0,29 <i>P</i> < 0,01	0,31 <i>P</i> < 0,01	0,29 <i>P</i> < 0,01	-0,28 <i>P</i> < 0,01	-0,18 <i>P</i> = 0,11

Será que estes podem ser postas abaixo da tabela como em outras tabelas? A grandeza do efeito apresentado na tabela são Pearson "r" ou Spearman "rho" para as variáveis de exposição contínua, ou a média das diferenças +95% CI para variáveis binárias.

Alcance dos pontos (resultados): PTSD de 0 a 51 (PDS); depressão de 0 a 60 (CES-D); ansiedade de 0 a 80 (STAI), qualidade da vida mental de 0 a 100 (SF-12 resumo da pontuação do componente mental); qualidade de vida física de 0 a 100 (SF-12 resumo da componente física).

*There were significant differences in depression scores between National Statistics Socio-economic Classification (NS-SEC) classes 1 and 2. There were no significant differences in anxiety between classes, although there was an overall effect of class. There was a significant difference of mean mental HRQL between NS-SEC classes 1 and 5.

† Range of scores (risk factors): mood 0 to 60 (POMS); stress 0 to 72 (ICUSS); delirious symptoms 0 to 20 (ICUSS).

‡ ICU memory was used as a binary variable (little memory or some/most memory of ICU). Patients who had little memory of ICU had higher PTSD, depression and anxiety scores (more psychological morbidity) than patients with some/most memory of ICU. ICU intrusive memories (had or did not have intrusive memories) was also a binary variable. Patients with intrusive memories had higher PTSD, depression and anxiety scores (more psychological morbidity) than patients with intrusive memories.

§ BIPQ, Brief illness perception questionnaire. BIPQ Timeline represents how long a person believes their condition will last.

* Houve diferenças significativas nos resultados de depressão entre as classes 1 e 2 da Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais (NS-SEC). Não houve diferenças significativas na ansiedade entre as classes, contudo houve um efeito global da classe. Houve uma diferença significativa da média mental HRQL entre as classes NS-SEC 1 e 5.

† Alcance dos resultados (fatores de risco): disposição de 0 a 60 (POMS); stress de 0 a 72 (ICUSS); sintomas de delírio de 0 a 20 (ICUSS).

‡ A memória da UCI foi usada como uma variável binária (pouca memória ou alguma / muita memória da UCI). Os pacientes que tiveram pouca memória da UCI apresentaram maior Transtorno de stress pós-traumático, depressão e ansiedade (mais morbilidade psicológica) do que pacientes com alguma / muita memória da UCI. As memórias intrusivas da UCI (tinha ou não tinha memórias intrusivas) também foi uma variável binária. Os pacientes com memórias intrusivas tiveram resultados maiores de Transtorno de stress pós-traumático, depressão e ansiedade (mais morbilidade psicológica) do que os pacientes com memórias intrusivas.¹

§ BIPQ Questionário de Perceção de Doença versão breve. A tabela cronológica BIPQ representa quanto tempo uma pessoa acredita que a sua doença vai durar.

¹ Nota do tradutor: ao traduzir esta frase, encontrei uma contradição no texto de partida. Apesar de reconhecer este problema, decidi manter-me fiel ao texto por não possuir os conhecimentos necessários para o corrigir.

Intrusions	5.21	<0.05	5.83	<0.01
(yes/no)	(0.91, 9.51)		(1.65, 10.02)	
0.39 (39%)				
Psychological history			6.55	<0.05
(yes/no)			(0.99, 12.10)	
Alcohol use (yes/no)			4.63	0.14
			(-1.51, 10.77)	
0.45 (45%)				

PTSD scores range from 0 to 51 on the post-traumatic stress diagnostic scale (PDS).

* Strongest risk factors were identified in a previous univariable analysis and separate multivariable analyses of each group of risk factors (clinical, acute psychological, chronic health)

† Factors were entered in this final multiple regression in the following order: 1. Clinical, 2. acute psychological, 3. chronic psychological. There are no socio-demographic factors or chronic physical conditions in this table as neither S-D factors nor chronic physical conditions had significant associations with PTSD in the univariable analysis.

BIPQ, Brief Illness Perception Questionnaire

Intrusões	5,21	<0,05	5,83	<0,01
(sim/não)	(0,91, 9,51)			
0,39 (39%)				
História			6,55	<0,05
psicológica			(0,99, 12,10)	
(sim/não)				
Uso de álcool			4,63	0,14
(sim/não)			(-1,51, 10,77)	
0,45 (45%)				

As pontuações do TEPT variam de 0 a 51 na escala de diagnóstico de stress pós-traumático (PDS).

*Os fatores de risco mais fortes foram identificados numa análise prévia univariada e análises multivariadas separadas de cada grupo de fatores de risco (clínico, psicológico agudo, saúde crónica).

† Os fatores foram inscritos nesta múltipla regressão final, na seguinte ordem: 1. Clínica, 2. Psicológico agudo, 3. Crónica psicológica. Não há fatores sociodemográficos ou doenças físicas crónicas nesta tabela cronológica nem como fatores S-D nem doenças físicas crónicas tiveram associações significativas com o Transtorno de stress pós-traumático na análise univariada.

BIPQ, Questionário breve de perceção de doenças.

Table 5. Final multiple regression models of strongest* risk factors for post-ICU PTSD at three months

	R ² Cumulative variance	Clinical factors† (column 1)		Clinical and acute psychological factors (column 2)		Clinical, acute psychological and chronic psychological factors (column 3)	
		Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>p</i>	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>p</i>	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>p</i>
Duration of sedation - days		0.69 (0.12, 1.27)	<0.05	0.35 (-0.17, 0.87)	0.18	0.33 (-0.18, 0.84)	0.20
Benzodiazepines (yes/no)		3.98 (-1.01, 8.97)	0.12	1.26 (-3.22, 5.73)	0.58	0.352 (-4.01,4.72)	0.87
Antipsychotics (yes/no)		3.32 (-1.61, 8.24)	0.18	1.88 (-2.47, 6.24)	0.39	1.06 (-3.18, 5.29)	0.62
	0.18 (18%)						
ICU Mood				0.31 (0.14, 0.47)	<0.01	0.25 (0.09, 0.42)	<0.01
BIPQ (timeline)				0.79 (0.05, 1.52)	<0.05	0.71 (-0.003, 1.43)	0.05

Tabela 5. Modelos regressivos finais de fortes* fatores de risco após a UCI e Transtorno de stress pós-traumático a três meses

	R2	Fatores clínicos	Fatores	Fatores	Fatores		
	Variância	†	psicológicos	clínicos,	psicológicos		
	cumulativa	(coluna 1)	clínicos e	psicológicos	agudos e		
			agudos	crônicos			
			(coluna 2)	(coluna 3)			
		Coefficientes	p	Coefficientes	p	Coefficientes	p
		não		não		não	
		estandardizado		estandardizado		estandardizado	
		s		s		s	
		(95% CI)		(95% CI)		(95% CI)	
Duração da sedação- dias		0,69 (0,12, 1,27)	<0,0 5	0,35 (-0,17, 0,87)	0,18	0,33 (-0,18, 0,84)	0,20
Benzodiazepina (sim/não)		3,98 (-1,01, 8,97)	0,12	1,26 (-3,22, 5,73)	0,58	0,352 (-4,01,4,72)	0,87
Antipsicóticos (sim/não)		3,32 (-1,61, 8,24)	0,18	1,88 (-2,47, 6,24)	0,39	1,06 (-3,18, 5,29)	0,62
	0,18 (18%)						
Estado da UCI				0,31 (0,14, 0,47)	<0,0 1	0,25 (0,09, 0,42)	<0,0 1
BIPQ (tabela cronológica)				0,79 (0,05, 1,52)	<0,0 5	0,71 (-0,003, 1,43)	0,05

Table 6. Final multiple regression models of strongest* risk factors for post-ICU depression at three months

	R²	Socio-demographic (S-D), clinical and chronic physical factors† (column 1)		S-D, clinical, chronic physical and acute psychological factors (column 2)		S-D, clinical, chronic physical, acute psychological and chronic psychological (column 3)	
	Cumulative variance	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>P</i>	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>P</i>	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>P</i>
Ethnicity (white/other)		5.34 (-1.40, 12.07)	0.12	3.78 (-2.66, 10.21)	0.25	5.15 (-1.17, 11.47)	0.11
SEC2‡		14.59 (4.71, 24.46)	<0.01	10.42 (0.76, 20.08)	<0.05	11.39 (2.04, 20.75)	<0.05
SEC3		7.86 (0.61, 15.12)	<0.05	8.40 (1.53, 15.26)	<0.05	7.61 (0.95, 14.27)	<0.05
SEC4		-1.75 (-12.14, 8.64)	0.74	-1.68 (-11.51, 8.14)	0.74	-0.38	0.94
SEC5		9.08 (1.93, 16.23)	<0.05	10.74 (3.90, 17.57)	<0.01	10.55 (3.95, 17.14)	<0.01
SEC6		7.64 (-2.08, 17.36)	0.12	7.67 (-1.52, 16.86)	0.10	7.40 (-1.46 16.26)	0.11

Tabela 6. Os modelos de regressão finais dos fatores de risco mais fortes* a três meses após a UCI

	R ² Variação cumulativa	Fatores sociodemográficos (S-D) clínicos e físicos crônicos† (coluna 1)		S-D, fatores clínicos, físicos crônicos e fatores psicológicos agudos (coluna 2)		S-D, clínicos, físicos crônicos, psicológico agudo e crônico psicológico (coluna 3)	
		Coefficientes não estandardizados (95% CI)	P	Coefficientes não estandardizados (95% CI)	P	Coefficientes não estandardizados (95% CI)	P
Etnia (branco/outra)		5,34 (-1,40, 12,07)	0,12	3,78 (-2,66, 10,21)	0,25	5,15 (-1,17, 11,47)	0,11
SEC2‡		14,59 (4,71, 24,46)	<0,0 1	10,42 (0,76, 20,08)	<0,0 5	11,39 (0,95, 14,27)	<0,0 5
SEC3		7,86 (0,61, 15,12)	<0,0 5	8,40 (1,53, 15,26)	<0,0 5	7,61 (0,95, 14,27)	<0,0 5
SEC4		-1,75 (-12,14, 8,64)	0,74	-1,68 (-11,51, 8,14)	0,74	-0,38	0,94
SEC5		9,08 (1,93, 16,23)	<0,0 5	10,74 (3,90, 17,57)	<0,0 1	10,55 (3,95, 17,14)	<0,0 1
SEC6		7,64 (-2,08, 17,36)	0,12	7,67 (-1,52, 16,86)	0,10	7,40 (-1,46 16,26)	0,11

Benzodiazepines (yes/no)	6.73 (1.42, 12.05)	<0.05	4.54 (-0.65, 9.73)	0.09	3.80 (-1.24, 8.85)	0.14
Chronic physical health (yes/no)	5.05 (-0.20, 10.31)	0.06	2.82 (-2.32, 7.96)	0.28	3.10 (-1.86, 8.06)	0.22
ICU Mood	0.27 (27%)		0.35 (0.14, 0.55)	<0.01	0.28 (0.07, 0.48)	<0.01
Psychological history (yes/no)	0.36 (36%)				7.67 (0.86, 14.48)	<0.05
	0.39 (39%)					

Depression was measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, range of scores 0 to 60).

* Strongest risk factors were identified in a previous univariable analysis, followed by multivariable analyses of each group of risk factors (socio-demographic, clinical, acute psychological, chronic health).

† Factors were entered in this final multiple regression in the following blocks: 1. Socio-demographic 2. Clinical 3. Chronic physical conditions 4. Acute psychological; 5. Chronic psychological (each stage is not shown in a separate column for space reasons).

‡ Variables SEC2-SEC6 are dummy variables representing differences between occupational categories within the National Statistics Socio-economic classification (NS-SEC). In each dummy variable the numbered category is compared with the baseline of category 1. (NS-SEC categories are as follows: 1. Professions/managerial 2. Intermediate professions 3. Self-employed 4. Technical/craft 5. Semi-routine/routine 6. Unclassified)

Table 7. Final multiple regression models of strongest* risk factors for post-ICU anxiety at three months

	R² Cumulative variance explained	Socio-demographic, clinical and chronic physical factors† (column 1)		Socio-demographic, clinical, chronic physical and acute psychological factors (column 2)		Socio-demographic, clinical, chronic health, acute psychological and psychological history (column 3)	
		Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>P</i>	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>P</i>	Unstandardised coefficients (95% CI)	<i>P</i>
SEC2‡		11.52 (1.50, 21.55)	<0.05	7.82 (-2.47, 18.10)	0.13	9.35 (-0.81, 19.52)	0.07
SEC3		5.87 (-2.06, 13.80)	0.15	5.92 (-1.84, 13.68)	0.13	4.73 (-2.94, 12.41)	0.22
SEC4		-2.17 (-13.37, 9.03)	0.70	-2.45 (-13.41, 8.51)	0.66	-1.37 (-12.15, 9.40)	0.80
SEC5		7.81 (-0.08, 15.7)	<0.05	8.14 (0.223, 16.05)	<0.05	7.99 (0.24, 15.73)	<0.05
SEC6		10.66 (0.37, 20.94)	<0.05	9.57 (-0.69, 19.82)	0.07	9.76 (-0.29, 19.80)	0.06

Benzodiazepina	6,73	<0,05	4,54	0,09	3,80	0,14
(sim/não)	(1,42, 12,05)		(-0,65, 9,73)		(-1,24, 8,85)	
Saúde física	5,05	0,06	2,82	0,28	3,10	0,22
crónica	(-0,20, 10,31)		(-2,32, 7,96)		(-1,86, 8,06)	
(sim/não)						
	0,27 (27%)					
Disposição na UCI		0,35 (0,14,	<0,01	0,28		<0,01
		0,55		(0,07, 0,48)		
	0,36					
	(36%)					
História psicológica				7,67		<0,05
(si/não)				(0,86, 14,48)		
	0,39					
	(39%)					

A depressão foi medida através da escala de Depressão do Centro de Estudo Epidemiológicos (CES-D, alcance de 0 a 60 pontos).

*Os fatores de risco mais fortes foram identificados numa análise anterior univariada, seguida de análises multivariadas de cada grupo de fatores de risco (sociodemográficos, clínicos, psicológicos agudos, saúde crónica).

† Os fatores foram inseridos nesta regressão final múltipla nos seguintes blocos: 1. Sociodemográfico 2. Clínico 3. Condições físicas crónicas 4. Psicológicos agudos; 5. Psicológico Crónica (as fases não são mostradas em colunas separadas por razões de espaço).

‡As variáveis SEC2-SEC6 são variáveis indicadoras que representam as diferenças entre categorias profissionais dentro das Estatísticas Nacionais de Classificação Socioeconómica (NS-SEC). Em cada variável indicadora a categoria numerada é comparada com a linha de base da categoria 1. (As categorias NS-SEC são as seguintes: 1 Profissões /Órgão diretivo 2. Profissões intermédias 3.Trabalho por conta própria 4. Técnico / artesãos 5. Semirrotina/ rotina 6. Não classificados)

Inotropes or vasopressors (yes/no)	6.60 (0.67, 12.53)	<0.05	5.48 (-0.46, 11.42)	0.07	4.64 (-1.23, 10.50)	0.12
Benzodiazepines (yes/no)	4.06 (-1.87, 9.99)	0.18	2.59 (-3.34, 8.52)	0.39	2.08 (-3.74, 7.90)	0.48
Chronic physical health (yes/no)	6.57 (0.95, 12.12)	<0.05	4.62 (-1.14, 10.37)	0.1	5.16 (-0.50, 10.81)	0.07
	0.25 (25%)					
Mood			0.26 (0.04, 0.49)	<0.05	0.20 (-0.03, 0.428)	0.09
Timeline (BIPQ)			0.36 (-0.70, 1.43)	0.50	0.18 (-0.87, 1.24)	0.73
	0.30 (30%)					
Psychological history (yes/no)					8.37 (0.67, 16.08)	<0.05
	0.34 (34%)					

Anxiety was measured using the State-trait anxiety inventory (STAI), range of scores 0 to 80

* Strongest risk factors were identified in a previous univariable analysis, followed by multivariable analysis of each group of risk factors (socio-demographic, clinical, acute psychological, chronic health).

Tabela 7 Os modelos de regressão finais dos fatores de risco mais fortes* para a ansiedade depois da UCI a três meses.

	R ² Variação cumulativa explicada	Fatores † sociodemográficos, clínicos e físico crônicos (coluna1)		Fatores Sociodemográficos, clínicos, físico crônicos e fatores psicologicamente agudos (coluna 2)		Sociodemográfico, clínica, físico crônico, psicológico agudo e História psicológica (coluna 3)	
		Coeficientes não estandardizados (95% CI)	P	Coeficientes não estandardizados (95% CI)	P	Coeficientes não estandardizados (95% CI)	P
SEC 2		11,52	<	7,82	0	9,35	0,0
		(1,50, 21,55)	0	(-2,47,18,10)	,	(-0,81, 19,52)	7
			,		1		
			0		3		
SEC 3			5				
		5,87	0	5,92	0	4,73	0,2
		(-2,06, 13,80)	,	(-1,84, 13,68)	,	(-2,94, 12,41)	2
			1		1		
SEC 4			5		3		
		-2,17	0	-2,45	0	-1,37	0,8
		(-13,37, 9,03)	,	(-13,41, 8,51)	,	(-12,15, 9,40)	0
			7		6		
SEC 5			0		6		
		7,81	<	8,14	<	7,99	<0,
		(-0,08, 15,7)	0	(0,223, 16,05)	0	(0,24, 15,73)	05
			,		,		
SEC 6			0		0		
		10,66	<	9,57	0	9,76	0,0
		(0,37, 20,94)	0	(-0,69, 19,82)	,	(-0,29, 19,80)	6
			,		0		
			0		7		
			5				

† Factors were entered in this final multiple regression in the following order: 1. Socio-demographic 2. Clinical 3. Chronic physical conditions 4. Acute psychological 5. Psychological history (each stage is not shown in a separate column for space reasons)

‡ Variables SEC2-SEC6 are dummy variables representing differences between occupational categories within the National Statistics Socio-economic classification (NS-SEC). In each dummy variable the numbered category is compared with the baseline of category 1. (NS-SEC categories are: 1. Professions/managerial 2. Intermediate professions 3. Self-employed 4. Technical/craft 5. Semi-routine/ routine 6. Unclassified)

Inotrópicos ou	6,60	<	5,48	0	4,64	0,1
Vasopressores	(0,67, 12,53)	0	(-0,46, 11,42)	,	(-1,23, 10,50)	2
(sim/não)		,		0		
		0		7		
		5				
Benzodiazepina	4,06	0	2,59	0	2,08	0,4
(sim/não)	(-1,87, 9,99)	,	(-3,34, 8,52)	,	(-3,74, 7,90)	8
		1		3		
		8		9		
Saúde física crónica	6,57	<	4,62	0	5,16	0,0
(sim/não)	(0,95, 12,12)	0	(-1,14, 10,37)	,	(-0,50, 10,81)	7
		,		1		
		0				
		5				
0,25 (25%)						
Disposição			0,26	<	0,20	0,0
			(0,04, 0,49)	0	(-0,03, 0,428)	9
				,		
				0		
				5		
Tabela cronológica			0,36	0	0,18	0,7
(BIPQ)			(-0,70, 1,43)	,	(-0,87, 1,24)	3
				5		
				0		
0,30 (30%)						
História psicológica					8,37	<0,
(sim/não)					(0,67, 16,08)	05
0,34 (34%)						

A ansiedade foi medida utilizando o Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE), alcance dos resultados de 0 a 80.

* Os fatores de risco mais fortes foram identificados numa análise prévia univariada, seguida por uma análise multivariada para cada grupo de fatores de risco (sociodemográficos, clínicos, psicologicamente agudos, saúde crónica).

Additional files

Additional file 1

Title: Tables showing full multivariable analyses

Description: Tables showing the first stage of multivariable analyses for PTSD, depression and anxiety, and full multivariable analyses for physical and mental quality of life outcomes.

† Os Fatores foram inseridos nesta regressão múltipla final, na seguinte ordem: 1. Sociodemográfico 2. Clínicos 3. Sintomas físicas crónicas 4. Psicologicamente agudos 5. História psicológica (não são apresentadas todas as fases em colunas separadas por razões de espaço).

‡ As variáveis SEC2-SEC6 são variáveis indicadoras que representam as diferenças entre as categorias profissionais na Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais (NS-SEC). Em cada variável indicadora a categoria numerado é comparada com a linha base da categoria 1. (as categorias NS-SEC são: 1. Profissões / gerência 2. Profissões intermédias 3. Trabalho por conta própria 4. Técnicos / artesãos 5. Semirrotina / rotina 6. Não classificados).

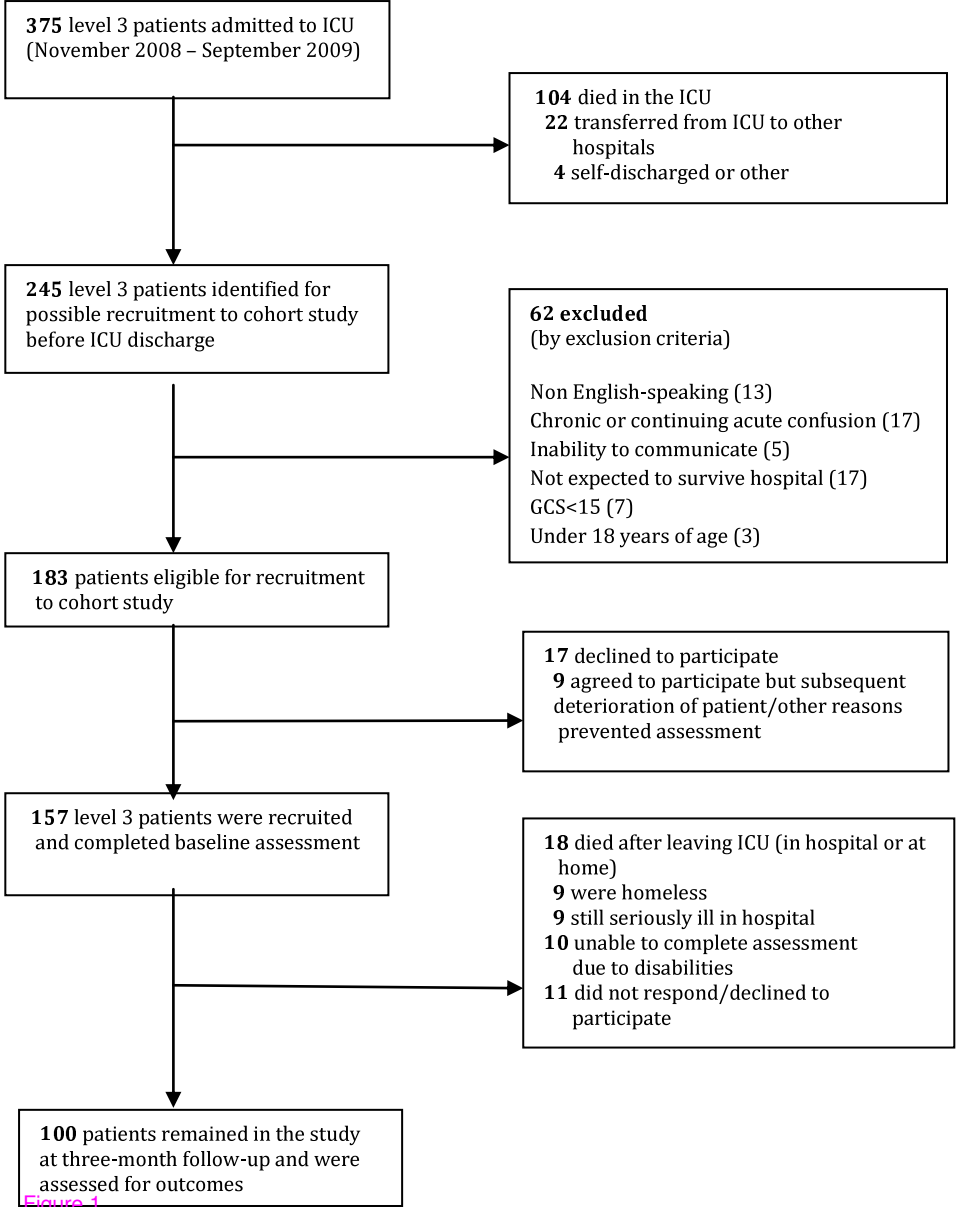
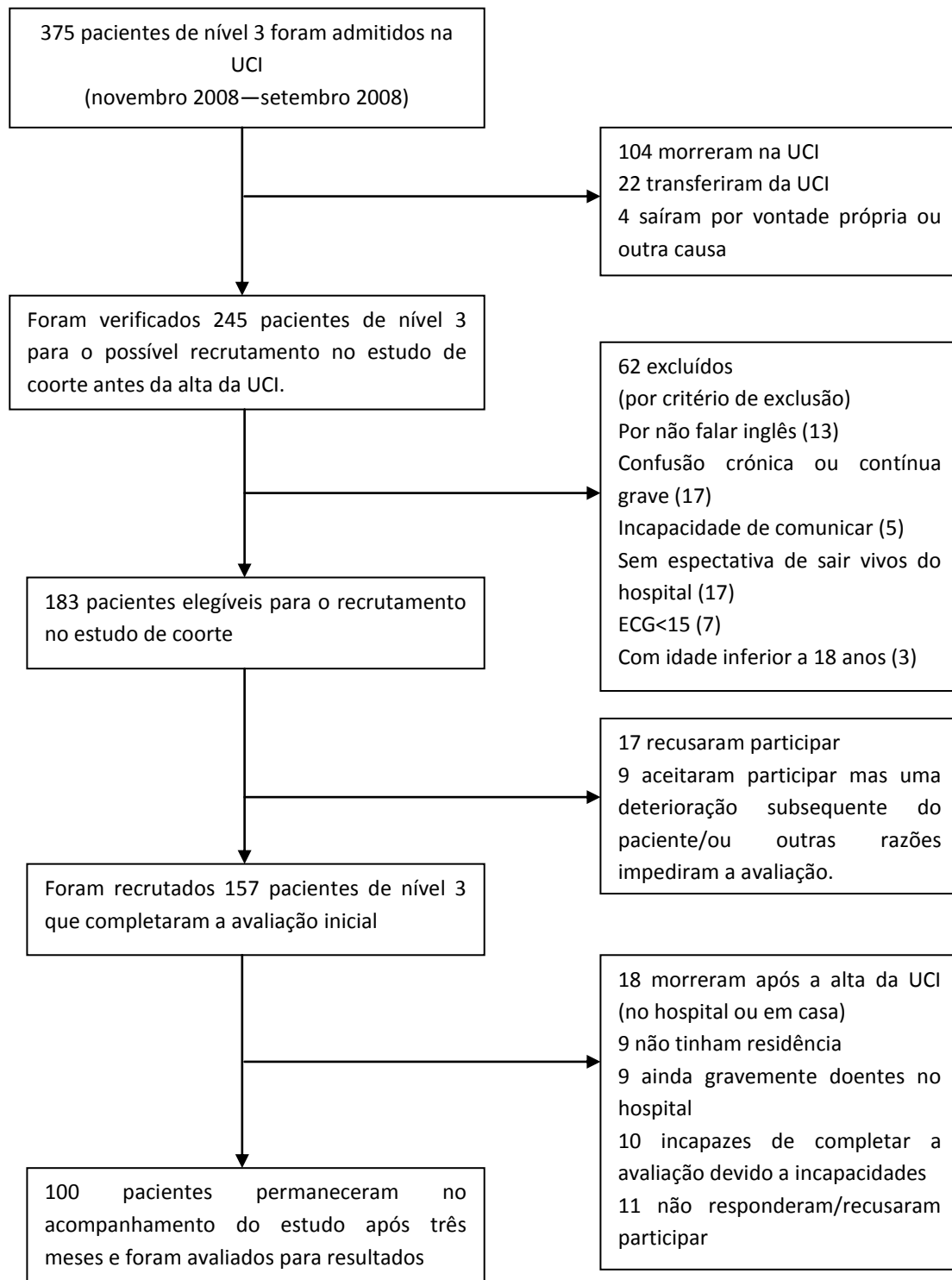


Figure 1

Legenda da imagem

Imagem 1: Diagrama de fluxo do recrutamento de pacientes e da participação num estudo de coorte prospectivo de resultados psicológicos de sobreviventes dos cuidados intensivos.



Additional files provided with this submission:

Additional file 1: Additional file 1-DW.doc, 88K

<http://ccforum.com/imedia/1089244004826703/supp1.doc>

Ficheiros adicionais*Ficheiro adicional 1*

Título: Tabelas que mostram análises multivariáveis completas

Descrição: Tabelas que mostram a primeira fase de análise multivariada para TEPT, depressão e ansiedade, e análises multivariadas completas para resultados físicos e mentais da qualidade da vida.

Additional File One

Title: Tables showing full multivariable analyses

This file includes tables showing the first stage of multivariable analyses for post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety (tables S1 to S6). First-stage multivariable analyses were carried out only if more than two significant factors were identified in a group of risk factors (socio-demographic, clinical, psychological or chronic health) in univariable analyses. If few risk factors were found, the first stage of multivariable analysis was omitted. For this reason only the second stage of multivariable analysis was carried out for physical and mental quality of life outcomes (tables S7 and S8).

Table S1 Regression: Clinical variables* and PTSD (first-stage multivariable analysis)

	Unstandardised coefficient	p-value
Highest TISS score	0.03	0.94
Number of types of organ support received	-0.64	0.62
Days of sedation	0.70	0.04
Benzodiazepines (yes/no)	7.35	0.02
Inotropes (yes/no)	5.90	0.07
Antipsychotics (yes/no)	6.07	0.06
Number of drug groups	-2.22	0.16
C-reactive protein	0.01	0.20

PTSD was measured using the Posttraumatic diagnostic scale (PDS, 0-51 scale)

*The eight strongest of the ten clinical variables that were found significant ($p < 0.05$) in univariable analyses

Table S2 Regression: Acute ICU psychological factors* and PTSD (first-stage multivariable analysis)

	Unstandardised coefficient	p-value
ICU mood	0.22	0.08
ICU stress	0.12	0.36
ICU amnesia	1.13	0.61
ICU intrusions	5.36	0.02
BIPQ timeline	0.79	0.04
BIPQ concern	0.48	0.24
BIPQ emotional rep	0.10	0.79

PTSD was measured using the Posttraumatic Diagnostic Scale (0-51 scale)

*ICU psychological factors that were found significant ($p < 0.05$) in univariable analyses

Ficheiro adicional número um

Título: Tabelas que mostram análises multivariadas completas

Este ficheiro inclui tabelas que mostram a primeira fase de análises multivariadas para o transtorno de stress pós-traumático (TEPT), depressão e ansiedade (tabelas de S1 a S6). As análises multivariadas da primeira etapa foram realizadas apenas se foram identificados mais de dois fatores significativos num grupo de fatores de risco (sociodemográficos, clínicos, psicológicos ou saúde crónica) em análises univariáveis. Se foram encontrados poucos fatores de risco, a primeira etapa da análise multivariada foi omissa. Por esta razão, apenas a segunda fase da análise multivariada foi realizada para resultados da qualidade de vida física e mental (tabelas S7 e S8).

Tabela S1 Regressão: Variáveis clínicas* e TEPT
(análise da primeira etapa)

	Coefficientes estandardizados	não valor-p
Maior resultado TISS	0,03	0,94
Número dos tipos de órgãos suportados recebidos	-0,64	0,62
Dias de sedação	0,70	0,04
Benzodiazepinas (sim/não)	7,35	0,02
Inotropes (sim/não)	5,90	0,07
Antipsicóticos (sim/não)	6,07	0,06
Número de grupos de drogas	-2,22	0,16
Proteína C-reativa	0,01	0,20

O TEPT foi medido utilizando a escala de diagnóstico pós-traumático (PDS, escala 0-51)

* As oito mais fortes das dez variáveis clínicas que foram encontradas significativas ($p < 0,05$) nas análises univariáveis

Tabela S2 Regressão: Fatores psicológicos agudos da UCI*
e TEPT (primeira etapa da análise multivariada)

	Coefficientes estandardizados	não valor p-
Humor UCI	0,22	0,08
Stress UCI	0,12	0,36
Amnesia UCI	1,13	0,61
Intrusões UCI	5,36	0,02
Escala cronológica BIPQ	0,79	0,04
Preocupações BIPQ	0,48	0,24
Representação emocional BIPQ	0,10	0,79

O TEPT foi medido utilizando a escala de diagnóstico pós-traumático (escala de 0 a 51)

*fatores psicológicos relevantes na UCI ($p < 0,05$) nas análises univariadas.

Table S3 Regression: chronic health factors* and PTSD (first-stage multivariable analysis)

		Unstandardised coefficient	p-value
	Psychological history (yes/no)	9.42	<0.01
	Alcohol use (yes/no)	7.76	0.03
	Any past traumas (yes/no)	3.30	0.16

PTSD was measured using the Posttraumatic Diagnostic Scale (0-51 scale)

*chronic health factors that were found significant ($p < 0.05$) in univariable analyses

Table S4 Regression: clinical factors* and depression (first-stage multivariable analysis)

		Unstandardised coefficient	p-value
	Primary body system	-0.56	0.35
	Length of stay in hospital	0.07	0.12
	Post-hospital discharge	-0.57	0.64
	Benzodiazepines (yes/no)	5.69	0.07

Depression was measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (0-60 scale)

*clinical factors that were found significant ($p < 0.05$) in univariable analyses

Table S5 Regression: Acute ICU psychological factors* and depression (first-stage multivariable analysis)

		Unstandardised coefficient	p-value
	BIPQ timeline	0.55	0.27
	BIPQ concern	0.67	0.21
	BIPQ emotional representation	0.37	0.46
	ICU mood	0.30	0.01
	ICU intrusions	3.10	0.28
	ICU amnesia	1.57	0.58

Depression was measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (0-60 scale)

*Acute ICU psychological factors that were found significant ($p < 0.05$) in univariable analyses

**Tabela S3 Regressão: fatores crónicos de saúde* e TEPT
(primeira etapa da análise multivariada)**

		Coefficientes estandardizados	não valor p-
	Historia Psicológica (sim/não)	9,42	<0,01
	Uso de álcool (sim/não)	7,76	0,03
	Quaisquer traumas passados (sim/não)	3,30	0,16

O TEPT foi medido utilizando a escala de diagnóstico pós-traumático (escala de 0 a 51)

*fatores de saúde crónicos relevantes na UCI (p<0,05) nas análises univariadas.

**Tabela S4 Regressão: fatores clínicos* e depressão
(primeira etapa da análise multivariada)**

		Coefficientes estandardizados	não valor p-
	Sistema principal do corpo	-0,56	0,35
	Duração da estadia no hospital	0,07	0,12
	Alta pós hospital	-0,57	0,64
	Benzodiazepinas (sim/não)	5,69	0,07

A depressão foi medida utilizando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (escala de 0 a 60)

*fatores clínicos relevantes (p<0,05) na análise univariada.

**Tabela S5 Regressão: Fatores psicológicos agudos da UCI* e
depressão (primeira etapa da análise multivariada)**

		Coefficientes estandardizados	não valor p-
	Escala cronológica BIPQ	0,55	0,27
	Preocupações BIPQ	0,67	0,21
	Representação emocional BIPQ	0,37	0,46
	Humor UCI	0,30	0,01
	Intrusões UCI	3,10	0,28
	Amnesia UCI	1,57	0,58

A depressão foi medida utilizando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (escala de 0 a 60)

*os fatores psicológicos agudos (p<0,05) na análise univariada.

Table S6 Regression: Acute ICU psychological factors* and anxiety (first-stage multivariable analysis)

		Unstandardised coefficient	p-value
	ICU mood	0.29	0.02
	ICU intrusions	2.03	0.50
	BIPQ timeline	0.96	0.07
	BIPQ concern	0.08	0.88
	BIPQ emotional representation	0.72	0.20

Anxiety measured using the State-Trait Anxiety Inventory (0-80 scale)

*ICU psychological factors that were found significant (p<0.05) in univariable analyses

Table S7 Regression of mental quality of life and risk factors*

	<i>Socio-demographic factors</i>		<i>Socio-demographic, clinical, chronic physical factors</i>		<i>Socio-demographic, clinical, chronic physical, acute ICU psychological factors, psychological history</i>	
	Unstandardised coefficient	p-value	Unstandardised coefficient	p-value	Unstandardised coefficient	p-value
NSSEC2†	-8.89	0.40	-7.44	0.07	-4.11	0.29
NSSEC3	-2.88	0.34	-4.43	0.13	-3.13	0.24
NSSEC4	-4.94	0.32	-5.47	0.25	-3.99	0.40
NSSEC5	-10.04	0.01	-8.74	<0.01	-9.92	<0.01
NSSEC6	-10.49	<0.05	-11.23	<0.01	-9.640	<0.01
Inotropes			-4.21	0.05	-2.28	0.27
Chronic physical (yes/no)			-6.52	<0.01	-3.48	<0.07
ICU mood					-.29	<0.01
BIPQ emotional representation					-.07	0.85
Psychological history (y/n)					-3.65	0.19

Mental quality of life was measured using the SF-12 (mental component summary score)

*All risk factors that were found significant in univariable analyses.

†Variables SEC2-SEC6 are dummy variables representing differences between occupational categories within the National Statistics Socio-economic classification (NS-SEC) [25]. In each dummy variable the numbered category is compared with the baseline of category 1. (NS-SEC categories are: 1. Professions/managerial 2. Intermediate professions 3. Self-employed 4. Technical/craft 5. Semi-routine/routine 6. Unclassified)

Table S8 Regression of physical quality of life and risk factors*

	<i>Clinical factors and chronic physical illness</i>		<i>Clinical factors, chronic physical illness, illness perceptions</i>	
	Unstandardised Coefficient	p-value	Unstandardised Coefficient	p-value
Anesthetics (yes/no)	4.37	0.06	4.35	<0.05
Steroids (yes/no)	4.81	<0.05	4.69	<0.05
Chronic physical illness (yes/no)	-2.68	0.22	-.34	0.87
BIPQ timeline			-1.28	<0.01
BIPQ concern			-0.45	0.24

Physical quality of life was measured using the SF-12 (physical component summary score)

*All risk factors that were found significant in univariable analyses

Tabela S6 Regressão: Fatores psicológicos agudos* e Ansiedade (primeira etapa da análise multivariada)

		Coeficientes não estandardizados	valor p-
	Humor UCI	0,29	0,02
	Intrusões UCI	2,03	0,50
	Escala cronológica BIPQ	0,96	0,07
	Preocupações BIPQ	0,08	0,88
	Representação emocional BIPQ	0,72	0,20

A ansiedade foi medida utilizando o Inventário de Ansiedade traço-estado (escala de 0 a 80)

*fatores psicológicos da UCI relevantes (p<0,05) na análise univariada

Tabela S7 Regressão da qualidade mental de vida e fatores de risco*

	<i>Fatores Sociodemográficos</i>		<i>Fatores Sociodemográficos, clínicos, físico crónicos</i>		<i>Fatores Sociodemográficos, clínicos, físico crónicos, psicologia da UCI aguda, e historia psicológica</i>	
	Coeficientes estandardizados	não valor- p	Coeficientes estandardizados	não valor-p	Coeficientes estandardizados	não valor-p
NSSEC2†	-8,89	0,40	-7,44	0,07	-4,11	0,29
NSSEC3	-2,88	0,34	-4,43	0,13	-3,13	0,24
NSSEC4	-4,94	0,32	-5,47	0,25	-3,99	0,40
NSSEC5	-10,04	0,01	-8,74	<0,01	-9,92	<0,01
NSSEC6	-10,49	<0,05	-11,23	<0,01	-9,640	<0,01
Inotropes			-4,21	0,05	-2,28	0,27
físico crónicos (sim/não)			-6,52	<0,01	-3,48	<0,07
Humor UCI					-,29	<0,01
Representação emocional BIPQ					-,07	0,85
História psicológica (sim/não)					-3,65	0,19

A qualidade mental da vida foi medida utilizando o SF-12 (sumário do resultado do componente mental)

*Todos os fatores de risco foram relevantes na análise univariada.

†Variáveis SEC2-SEC6 são variáveis indicadoras que representam as diferenças entre as categorias ocupacionais dentro da Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais(NS-SEC)[25]. Em cada variável indicador a categoria numerada é comparada com a base da categoria 1. (as categorias NS-SEC são: 1. Profissões/órgãos diretivos 2. Profissões intermédias 3. Trabalhar por conta própria 4. Technico/artesão 5. Semi rotina /rotina 6. Inclassificado)

Tabela S8 Regressão da qualidade mental de vida e fatores de risco*

	<i>Fatores clínicos e doenças físicas crónicas</i>		<i>Fatores clínicos, doença física crónica, percepção da doença</i>	
	Coeficientes estandardizados	não valor-p	Coeficientes não estandardizados	valor-p
Anestésicos (sim/não)	4,37	0,06	4,35	<0,05
Esteroides (sim/não)	4,81	<0,05	4,69	<0,05
Chronic physical illness (sim/não)	-2,68	0,22	-,34	0,87
Escala cronológica BIPQ			-1,28	<0,01
Preocupações BIPQ			-0,45	0,24

A qualidade mental da vida foi medida utilizando o SF-12 (sumário do resultado do componente mental)

* *Todos os fatores de risco foram relevantes na análise univariada.

Glossário de termos: Medicina

Termo	Tradução	Contexto EN	Contexto PT	Endereço web
Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II)	Avaliação Fisiológica Aguda e Crónica da Saúde (APACHE II)	Clinical data include: type of admission (elective surgical, emergency surgical, non-surgical), source of admission (theatre, ward, Accident & Emergency, other), acute physiology and chronic health evaluation II score (APACHE II) [26], length of stay (days), days of organ support, type of organ support, an infection biomarker (C-reactive protein) and highest therapeutic intervention (Therapeutic Intervention Scoring System, TISS) score during the admission [27].	Os critérios de prognóstico mais utilizados incluem os critérios de Ranson, critério de Atlanta, APACHE II (Avaliação fisiológica aguda e crónica da saúde - The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), critérios de Glasgow, escala de Baltazar e mais recentemente o BISAP (Índice de gravidade da pancreatite aguda à beira do leito - Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis), porém não há um marcador laboratorial específico como fator preditivo da gravidade de pancreatite 9,10,11.	http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1143/tesedaniacondadpd.pdf
Anaesthetic	Anestésicos	Data on drugs administered included exposure to sleep medications (mainly zopiclone), benzodiazepines, anaesthetic agents (mainly propofol), antipsychotics, inotropes and vasopressors, systemically-administered corticosteroids, and opioids;	A utilização intra-operatória de anestésicos de curta duração de acção, a possibilidade de uma monitorização mais precisa do estado de consciência e função neuromuscular, através da utilização do BIS (Bispectral index) e do neuroestimulador, permitem ao anestesiológista uma administração mais precisa dos fármacos e portanto, um recobro mais rápido.	http://www.spanesthesiologia.pt/wp-content/uploads/2008/11/15-4-artigo3.pdf
Benzodiazepine	Benzodiazepina	here was a strong association between depression at three months and receiving benzodiazepines in the ICU (mean difference between groups = 6.73 points (95% CI: 1.42, 12.06), scale = 0 to 60).	As Benzodiazepinas (BZN), também designadas por tranquilizantes e ansiolíticos, são medicamentos depressores do SNC que actuam sobre a ansiedade e a tensão, e cujo principal efeito terapêutico é diminuir a ansiedade da pessoa sem afectar demasiadamente as funções psíquica e motora.	http://www.dianova.pt/centro-de-conhecimento/prevencao-de-comportamentos-de-risco/substancias-psicoactivas/107-benzodiazepinas
Brain Perfusion	Perfusão Cerebral	However, patients receiving inotropes and vasopressors are at risk for inadequate brain perfusion.	Após aquisição de imagens de TC CE sem contraste, em planos transversais contíguos paralelos ao plano supra orbito-meatal, são obtidos os dados da perfusão cerebral.	http://www.ulsclb.min-saude.pt/media/6324/artigo_revisao_1.pdf
Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)	Questionário de Percepção de Doença versão Breve (BIPQ)	The validated Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) [29] was used to measure patients' subjective illness perceptions including "timeline" (how long they believed their illness would last).		http://pt.scribd.com/doc/41782994/Apresentacao-de-escalas-psicomtricas-Illness-Perception-Questionnaire-Revised-Questionario-de-Percepcao-da-Doenca-R
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Symptoms of depression were measured with the 20-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [32], the most widely used measure of depression in epidemiological studies, validated for intensive care patients [33] and many other populations.	Os participantes, 118 pais de adultos portadores de deficiência utentes de Centros de Actividades Ocupacionais, responderam às Escalas de Bem-estar Psicológico versão reduzida (EBEP-R), à Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), ao Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) e ao Questionário para Pais Cuidadores (QCP), criado para este estudo.	http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2743/1/ulfp037554_tm.pdf
Cohort study	Estudo de coorte	A prospective cohort study of 157 mixed-diagnosis highest acuity patients was conducted in a large general intensive care unit (ICU).	Os estudos de coorte incluem grupos de doentes que são seguidos no tempo para determinação da incidência ou da história natural da doença, assim como dos factores de risco para os vários resultados (outcomes).	http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/75.pdf

Corticosteroids	Corticosteroides	Use of inotropes or vasopressors was correlated with anxiety, and corticosteroids with better physical quality of life.	Os corticosteróides tópicos têm como campo electivo de utilização o combate aos sinais e sintomas das situações inflamatórias da pele.	http://www.infarmed.pt/prontuario/framenavegaarvore.php?id=283
C-reactive protein	Proteína C-reativa	Clinical risk factors significantly associated with PTSD were higher TISS scores, number of organs supported, days of mechanical ventilation, days of advanced cardiovascular support, days of sedation, number of drug groups and C-reactive protein during admission; and use of benzodiazepines, inotropes/vasopressors and anti-psychotics (see Table 3).	Os biomarcadores inflamatórios constituem uma ferramenta valiosa para acompanhar a evolução deste processo, permitindo mensurar o efeito das diversas atitudes terapêuticas implementadas. Neste contexto, a proteína C reativa (PCR), determinada por métodos de alta sensibilidade (PCR-as), é o biomarcador mais extensamente estudado.	http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/artigo/proteina-c-reativa-alta-sensibilidade-como-biomarcador-risco-90160052
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)	CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed); GCS, Glasgow Coma Scale; HRQL	O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “DSM-IV”.	http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/
Dyspnea	Dispneia	Patients are exposed to many stressors in the intensive care unit (ICU), including illness, pain, sleep deprivation, thirst, hunger, dyspnea, unnatural noise and light, inability to communicate, isolation and fear of dying; and they may show extreme emotional reactions in response [6-8].	Dificuldade de respirar, muitas vezes acompanhada de opressão torácica e mal-estar.	http://www.infopedia.pt/termos-medicos/dispneia
Elective Surgical	Cirurgia Eletiva	Clinical data include: type of admission (elective surgical, emergency surgical, non-surgical)	No caso do nosso doente, verificou-se um aumento do gradiente médio transvalvular aórtico de 21 mmHg com o esforço, todavia segundo Picano2 são necessários mais estudos prospetivos para valorizar este aumento como uma possível indicação para uma substituição valvular aórtica cirúrgica eletiva.	www.elsevier.pt/pt/revistas/-/pdf/90090429/S300/
Emergency surgical	Emergência Cirúrgica	Clinical data include: type of admission (elective surgical, emergency surgical, non-surgical)	A ALTEC (Associação Lusitana de Trauma e Emergência Cirúrgica – Lusitanian Association for Trauma and Emergency Surgery, LATES) com sede em Coimbra, capital do centro de Portugal e coração da antiga Lusitânia, é um dos quatro grupos independentes no campo da educação em trauma e cirurgia de emergência em Portugal – todos eles representados no Grupo para a Formação em Cirurgia de Emergência da Ordem dos Médicos (GFCE-OM) – e membro institucional da ESTES (European Society for Trauma and Emergency Surgery).	http://altec-lates.pt/
Frequency Histograms	Histogramas de Frequência	Distributions of risk factors were assessed with frequency histograms and statistical tests for normality	O histograma é uma tabela que relaciona cada valor de nível de cinza com a sua frequência de aparecimento na imagem digital	http://www.lidel.pt/dco/722_282_cap4_67-74.pdf
GCS (Glasgow Coma Scale)	Escala de coma de Glasgow (ECG)	had dementia or remained confused or had a low GCS (Glasgow Coma Scale) until their discharge from ICU;	O uso da VM associada a um tubo endotraqueal (TET) está indicado em casos nos quais se verifica falta de protecção da via aérea, como acontece na ausência de reflexos protectores (Escala de Coma de Glasgow (ECG)	http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/759/1/DM_Silva,V%C3%A2nia_2010.pdf07542011000200004&script=sci_arttext

Health-Related Quality of Life (HRQL)	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS)	Three months after discharge from the ICU, patients were sent a postal questionnaire, which included measures of PTSD, depression, anxiety, Health-Related Quality of Life (HRQL) and socio-economic circumstances.	(...), mas sim ao próprio doente perceber o seu estado de saúde e consequentemente Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Demet et al, 2002; Godoy, 2002).	http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14265/2/4922.pdf
Helplessness	Desamparo	The person's immediate response involves intense fear, helplessness or horror.	1. falta de amparo 2. abandono 3. falta de meios; penúria ao desamparo sem auxílio, sem proteção	http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/desamparo
Hypoglycemia	Hipoglicemia	Hypoglycemia [23] and benzodiazepine dosage [24] were associated with post-ICU depression in patients with acute lung injury.	A hipoglicemia acontece quando os níveis de glicose no sangue descem a baixo dos 70mg/dl. Os sintomas podem ser mais leves como visão turva, fadiga, dor de cabeça ou mais evidentes como desmaio.	http://portaldadiabetes.pt/index.php/pt/urgencias-hospitalares
Impaired	Debilitado	that persist for more than a month and cause distress or impaired functioning.	1. que perdeu o vigor; fraco 2. que tem menor capacidade de ação; enfraquecido 3. que perdeu o ânimo; abatido	http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/debilitado
Infection Biomarker	Biomarcador de Infecção	an infection biomarker (C-reactive protein) and highest therapeutic intervention (Therapeutic Intervention Scoring System, TISS) score during the admission [27].	Um grande número de trabalhos publicados tem por objectivo apenas avaliar o papel dos biomarcadores como factor de prognóstico da infecção e/ou sepsis	http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_31a41.pdf
Inotropes	Inotrópicos	Use of inotropes or vasopressors was correlated with anxiety, and corticosteroids with better physical quality of life.	Condiciona melhoria clínica nos doentes com insuficiência cardíaca congestiva, não diminuindo a mortalidade, mas também não a agravando, como acontece com outro grupo de inotrópicos: os inibidores específicos da fosfodiesterase (milrinona).	http://www.infarmed.pt/formulario/navegacao.php?paaid=59
Intensive care stress reactions scale (ICUSS)	A Escala de Reações de Stresse dos Cuidados Intensivos (ICUSS)			
Intensive care unit (ICU)	Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	A prospective cohort study of 157 mixed-diagnosis highest acuity patients was conducted in a large general intensive care unit (ICU).	A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma área onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco para tal, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva.	http://www.hpplusiadas.pt/pt/Cuidamos/Paginas/cuidadosIntensivos.aspx
Monoamine	Monoamina	It has been hypothesised that benzodiazepines trigger depression by reducing central monoamine activity	Nas bases biológicas da depressão serão enfatizadas as teorias da monoamina e dos receptores de neurotransmissores. Abordar-se-á de modo sucinto a influência dos receptores de monoaminas na transdução de sinal e regulação da expressão de genes. O vasto grupo farmacológico dos antidepressivos engloba, entre outros, os inibidores da monoamina oxidase, os antidepressivos tricíclicos e os inibidores selectivos da recaptação da serotonina.	http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1085
Multicollinearity	Multicolinearidade	Residuals were found to be normally distributed in all multivariable models with no evidence of multicollinearity.	A multicolinearidade é uma propriedade dos dados da amostra, tem a ver com as características específicas da matriz de dados, x, e não com aspectos estatísticos do modelo de regressão linear.	http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10881/1/tese.pdf

MV, Mechanical ventilation	Ventilação Mecânica (VM)	Interventions, such as mechanical ventilation (MV) or invasive monitoring for cardiovascular support, may be difficult for patients to tolerate.	Não deve nunca ser adiada a EOT e ventilação mecânica (VM) se o doente apresentar indicação para tal em qualquer momento (Quadro III).	http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000400006&script=sci_arttext&tlng=pt
Noradrenaline	Noradrenalina	The association between inotropes and vasopressors in intensive care and subsequent anxiety has not previously been reported, although receiving noradrenaline or adrenaline was associated with short-term anxiety in medical patients [44].	Noradrenalina s. f. (fr. noradrénaline; ing. norepinephrine). Amina simpaticomimética que desempenha uma função de mediador químico na transmissão nervosa simpática pós-ganglionar. É um vasoconstritor mais potente do que a adrenalina, administrado por via intravenosa e intracardíaca nos estados de choque. Sin. de levarterenol (DCI), norepinefrina.	http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/glossario/noradrenalina
Opioids	Opiáceo	Data on drugs administered included exposure to sleep medications (mainly zopiclone), benzodiazepines, anaesthetic agents (mainly propofol), antipsychotics, inotropes and vasopressors, systemically-administered corticosteroids, and opioids;	O opiáceo é uma droga que pode ser natural ou sintética e que pode ser usada para fins medicinais.	http://www.infopedia.pt/\$opiaceo
POMS, Profile of Mood States	Perfil dos Estados de Humor (POMS)	Mood in intensive care was measured with 15 items (on anger, anxiety, depression, positive mood and confusion) from the validated Profile of Mood States [28].	O Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States – POMS; McNair, Loo & Droppelman, 1971)	http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n1/v19n1a08.pdf
Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	Escala do Diagnóstico de Stresse Pós-traumático (PDS)			
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	Transtorno de stress pós-traumático (TEPT)	Post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, anxiety and quality of life were assessed using validated questionnaires at three months (n =100). Multivariable analysis was used.	O transtorno de stress pós-traumático é uma síndrome associada aos transtornos de ansiedade, apesar de este ser apenas um entre muitos sintomas nesta doença. Só recentemente foi reconhecida pela maioria dos profissionais de saúde e não era, portanto, incluída nos diagnósticos dos clínicos.	http://www.infopedia.pt/\$transtorno-de-stress-pos-traumatico
Propofol	Propofol	Data on drugs administered included exposure to sleep medications (mainly zopiclone), benzodiazepines, anaesthetic agents (mainly propofol), antipsychotics, inotropes and vasopressors, systemically-administered corticosteroids, and opioids; number of psychoactive drug groups received (0 to 7); and the number of days patients were sedated.	O Propofol é um agente anestésico intravenoso de acção curta, indicado para: - indução e manutenção de anestésias gerais; - sedação de doentes adultos ventilados em regime de cuidados intensivos (estados sépticos graves, traumatismos cranianos graves e status epilepticus, ...); - sedação consciente de indivíduos adultos durante procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico.	http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0910/propofol/terapeutica.html
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE)	We assessed anxiety at three months using a validated short form of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [35], a widely used questionnaire in many populations and health conditions.	Os dados na avaliação psicológica foram obtidos do teste do desenho da figura humana (traços da personalidade), Inventário de depressão Beck (BDI) e do inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE).	http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862003000100010&script=sci_abstract
Theatre	Sala de operações	source of admission (theatre, ward, Accident & Emergency, other)	Grã-Bretanha MEDICINA sala de operações; in theatre na sala de operações; operating theatre sala de operações	http://www.infopedia.pt/ingles-portugues/theatre

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)	Sistema de Pontuação da Intervenção terapêutica (TISS)			
Unnatural	Anormal	unnatural noise and light	<ol style="list-style-type: none"> 1. que se afasta da norma ou da média 2. que faz exceção 3. irregular 4. anómalo 5. figurado, pejorativo tarado 	http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/anormal
Vasopressors	Vasopressores	Clinical risk factors significantly associated with PTSD were higher TISS scores, number of organs supported, days of mechanical ventilation, days of advanced cardiovascular support, days of sedation, number of drug groups and C-reactive protein during admission; and use of benzodiazepines, inotropes/vasopressors and anti-psychotics (see Table 3).	necessidade de uma intervenção (por exemplo, interrupção de Revatio solução injectável, descontinuação ou redução temporária da dose de fármacos diuréticos/anti-hipertensores, necessidade de vasopressores).	http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/INFORMACAO_SEGURANCA/MATERIAIS_EDUCACIONAIS/P_T/FORMULA%ECRIO%20RSF_com%20frase%20CNPD_rectificacao20120117.pdf
Zopiclone	Zopiclona	Data on drugs administered included exposure to sleep medications (mainly zopiclone), benzodiazepines, anaesthetic agents (mainly propofol), antipsychotics, inotropes and vasopressors, systemically-administered corticosteroids, and opioids; number of psychoactive drug groups received (0 to 7); and the number of days patients were sedated.	A zopiclona é uma ciclopirlolona e o zolpidem é uma imidazopiridina.	http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=7118264.PDF

Glossário de termos: Estatística

Termo	Tradução	Contexto EN	Contexto PT	Endereço web
Binary	Binário	Correlations, t-tests and one-way analysis of variance were used with, respectively, continuous, binary and categorical risk factors.	As opções binárias ou opções digitais são opções “tudo ou nada” que dão ao investidor um pagamento fixo, se os critérios da opção forem cumpridos. Isto significa que há um retorno específico, ou mesmo uma determinada quantidade de um activo subjacente que é o retorno da opção	http://www.binaryoptionstradingguide.com.pt/introducao/o-que-sao-as-opcoes-binarias.html
Dummy Variables	variáveis indicadoras	‡ Variables SEC2-SEC6 are dummy variables representing differences between occupational categories within the National Statistics Socio-economic classification (NS-SEC).	As variáveis nominais são incluídas nos modelos de regressão como variáveis indicadoras (dummy variables).	http://www.atlasdasaude.pt/artigos.php?detail=308&id_bloco=4&retorno=&a_pesquisar=final%20multiple%20regression&anterior=pesquisa_avancada
Multivariable Analysis	Análise Multivariada	We used multivariable analysis to determine relative contributions of risk factors in different domains.	análise multivariada Trata-se de um conjunto de métodos que permite a análise simultânea de medidas múltiplas para cada indivíduo ou objeto em análise, ou seja, qualquer método que permita a análise simultânea de duas ou mais variáveis pode ser considerado como multivariado.	http://www.infopedia.pt/\$analise-multivariada
National Statistics Socio-Economic Classification NS-SEC	Classificação Socioeconómica das Estatísticas Nacionais NS-SEC			
P-Value	Valor-p	† For type of admission, post-hospital destination and primary body system (categorical variables) the P-values of the F statistic are presented.	Definição: Dado o valor observado da estatística de teste, o valor-p (p-value) é o maior nível de significância que levaria à não rejeição da hipótese nula (ou o menor que levaria à rejeição).	http://www.math.ist.utl.pt/~apires/MaterialPE/AulaTCap8C.pdf
Regression Coefficient	Coefficiente de Regressão	The strongest clinical risk factor for PTSD was longer duration of sedation (regression coefficient = 0.69 points (95% CI: 0.12, 1.27) per day, scale = 0 to 51).	As estimativas das variâncias destes coeficientes de regressão são obtidas substituindo 2 s por um seu estimador apropriado	http://w3.ualg.pt/~cfsousa/Ensino/Comp_mat/regress%C3%A3o%20linear%20m%C3%BAltiplo_07-08_.pdf
Spearman's Rank	RHO de Spearman	Spearman's rank correlation coefficients were used if continuous risk factors were not normally distributed.	se ambas forem ordinais podemos recorrer ao rho de spearman mas se forem quantitativas e cumprirem com os restantes pré-requisitos da estatística paramétrica (simétricas, mesocurticas e distribuição normal) podemos utilizar o teste r de Pearson.	http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estadistica_II_com_anexos_2010.pdf
SPSS for Windows	SPPS para Windows	All statistical analyses were conducted using SPSS for Windows (version 14) (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).	Este software foi adquirido mediante acordo entre o representante do SPSS em Portugal e a Reitoria da U.T.L.. As versões disponíveis são: SPSS 17 (Windows) PASW 18 (Windows e MacOSX) SPSS 19 (Windows e MacOSX) SPSS 20 (Windows e MacOSX) SPSS 21 (Windows e MacOSX)	https://delta.ist.utl.pt/software/spss.php

Squares Regression Models	Método dos Mínimos Quadrados	Ordinary least squares regression models were used with PTSD and other outcomes treated as continuous variables	Apesar de para um determinado modelo e um determinado conjunto de dados o método dos mínimos quadrados gerar uma solução única, é possível fazer o ajustamento usando várias técnicas, que se distinguem pelo tipo de elementos envolvidos no ajustamento e modo de definir o modelo funcional.	http://www.mat.uc.pt/~cfonte/docencia/Topografia%20Aplicada/MMQnovo.pdf
T-tests	Testes-T	Correlations, t-tests and one-way analysis of variance were used with, respectively, continuous, binary and categorical risk factors. Spearman's rank correlation coefficients were used if continuous risk factors were not normally distributed.	Quando se pretende empregar um teste t de Student ou uma análise da variância para fazer comparações entre amostras (testes paramétricos),	http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estadistica%20I.pdf
Unstandardised Coefficients	Coeficientes não Estandarizados	(effect sizes or unstandardised coefficients were reduced by up to a half) and were non-significant when acute psychological factors were added.	Quadro 6.13 – Erros-padrão (EP), Coeficientes de regressão não estandardizados (b), estandardizados (β) e rácios críticos (RC): modelo estrutural confirmatório	http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8532/1/Ana%20Santos-%20Tese%20Doutoramento.pdf